

*Ж*  
**ЕНСКАЯ  
КОНСУЛЬТАЦИЯ**

**М Е Д Г И З · 1 9 6 1**

---

# ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

ПОД РЕДАКЦИЕЙ  
проф. С. М. БЕККЕРА и проф. С. Г. ХАСКИНА



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ  
МЕДГИЗ  
ЛЕНИНГРАДСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ · 1961

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Женской консультации принадлежит ведущее место в системе советского родовспоможения. В ней осуществляется профилактика и лечение многих осложнений беременности и гинекологических заболеваний.

Успехи современной медицины породили новые широкие возможности для лечебно-профилактической работы женских консультаций. В частности, это касается улучшения методов физио-психопрофилактической подготовки беременных к родам, ранней диагностики и профилактики токсикозов беременных, выявления роли внутриутробной инфекции в перинатальной смертности и аномалий развития плодов, роли несовместимости крови супругов по резус-фактору и другим факторам, значения гормональных нарушений в акушерстве и гинекологии и связи их с эндокринными заболеваниями, развития методов борьбы со стафилококковыми заболеваниями родильниц и новорожденных, борьбы с абортами, использования новых фармакологических препаратов и многое другое.

Благодаря отсутствию соответствующей литературы, специально предназначенной для врачей женских консультаций, деятельность последних оказалась до некоторой степени ограниченной. Если не считать руководства «Женская консультация», опубликованного в 1958 г. под редакцией чл.-корр. АМН СССР проф. Л. С. Персианинова, все прочие издания, касающиеся данного вопроса, значительно устарели.

Это, по-видимому, явилось причиной того, что врачи женских консультаций недостаточно осведомлены о новых достижениях, полученных при изучении различных нарушений функций ~~жен-~~

ского организма в период беременности и вне его, и методах выявления этих нарушений.

Задачей настоящего коллективного труда сотрудников Института акушерства и гинекологии АМН СССР является восполнение в известных границах указанного выше пробела, ознакомление врачей женских консультаций с современными успехами акушерско-гинекологической науки и теми возможностями, которыми они располагают в своей практической деятельности.

I, II, III, VI, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XVI, XVIII главы редактированы проф. С. М. Беккером; IV, V, VII, VIII, XV, XVII, XIX, XX главы — проф. С. Г. Хаскиным.

Проф. М. А. Петров-Маслаков

## ГЛАВА I

### ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННЫХ К РОДАМ

Психопрофилактический метод подготовки беременных получил всеобщее признание и в настоящее время является основным средством борьбы с родовой болью. За 10 лет существования метода полностью подтвердилась его высокая эффективность, и его значение в настоящее время ни у кого не вызывает сомнений.

Однако при проведении подготовки беременных врачи в ряде случаев забывают важное требование психопрофилактики — изменение отношения женщины к своей роли в родах. Если «снятию страха» врачами уделяется достаточное внимание и подготовленные роженицы в большинстве своем не боятся родов, то второе положение психопрофилактического метода (об изменении отношения беременной к своей роли в родах) еще недостаточно учитывается.

«Снятие страха» уничтожает только патологическое, усиленное восприятие закономерных для всех родов болевых ощущений и способствует дисциплинированному поведению роженицы; правильное понимание своей роли в родах превращает женщину из беспомощной страдальцы в сознательного и активного участника родов, понимающего, что она своим поведением в значительной степени определяет их исход.

С целью подкрепления указанного положения в Институте акушерства и гинекологии АМН СССР с успехом проводится на заключительном занятии с беременными экскурсия в приемный покой и родильное отделение. Уютная, спокойная обстановка в приемном покое и родильном отделении действуют на беременных убедительнее всяких слов, подкрепляя все то, что говорилось им в кабинете по подготовке к родам.

Психопрофилактическая подготовка беременных к родам должна начинаться с первого посещения беременной консультации и завершаться в конце беременности (5—6 обобщающих бесед).

Во время первого осмотра врач консультации собирает основные данные анамнеза, оценивает общее состояние беремен-

ной, ее акушерский статус, выявляет возможные опасения и их источник. Ознакомясь с характером опасений беременных и их причинами, врач в дальнейшем имеет возможность устранить их, доказав их несостоятельность. Такое внимательное обследование беременной, дружеская беседа с целью выявления анамнестических данных, участливый и вместе с тем ободряющий тон врача создают атмосферу должного контакта с беременной, успокаивают ее, вселяют уверенность в благоприятный исход родов.

Большое место при подготовке беременных должно быть уделено режиму беременной и особенно физической подготовке к родам. Соответствующие указания по этому вопросу приведены ниже (см. гл. 3).

С первых же дней посещения женской консультации беременная должна быть ознакомлена с советскими законами, направленными на охрану прав матери и ребенка, на моральное и материальное поощрение со стороны партии и правительства. С беременными должны проводиться беседы, в которых материнство освещается как высокая и почетная обязанность каждой женщины, как большое событие в ее личной жизни.

При последующих посещениях подробно выясняются социально-бытовые условия жизни беременной, ее отношение к беременности и предстоящим родам. Одновременно проводятся организационные мероприятия (патронаж, юридическая помощь), которые должны устранить имеющиеся у беременной трудности. Патронаж дает возможность ознакомиться с бытом беременной и ее окружением, повлиять в нужном направлении на окружающих. Социально-правовая помощь позволяет исправить неблагоприятные бытовые условия, улучшить условия труда. Там, где невозможно изменить сложившиеся неблагоприятные обстоятельства, следует изменить отношение к ним беременной.

Во время каждого посещения беременной консультации врач подчеркивает, что роды — акт физиологический, что болевые ощущения вовсе необязательны для родов, и роды могут быть безболезненными, а чтобы научиться правильно (быстро и безболезненно) рожать, беременная должна пройти соответствующие занятия.

При дальнейших посещениях врач уточняет анамнез, общесоматический и акушерский статус, проводит тщательное наблюдение за поведением и реакциями беременной. Таким образом, к 32-й неделе беременности врач должен знать все особенности состояния здоровья беременной, течения беременности, анамнез, условия быта и труда, а также отношение к предстоящим родам.

С начала декретного отпуска с беременными должны проводиться систематические занятия по подготовке к родам. Беседы следует проводить в кабинетах, оборудованных соответствующ-

щими наглядными пособиями для преподавания (картины, схемы, таблицы, муляжи, фантом). В помещении, где беременные ожидают начала занятий, рекомендуется оборудовать фотовитрину с иллюстрациями, посвященными заботе партии и правительства о женщине-матери в Советском Союзе.

Со здоровыми беременными занятия ведутся групповым путем. При подборе групп следует учитывать культурный уровень женщин, отношение к беременности, семейные взаимоотношения, а также характер течения предыдущих беременностей и родов у повторнородящих. Нет необходимости составлять группы раздельно для первородящих и повторнородящих, так как анализ причин болезненности у повторнородящих при предшествующих родах или сообщение о безболезненном их течении убедительно действует на аудиторию. Группа формируется не более, чем из 10 человек. Занятия проводятся один раз в неделю.

Беременные, имеющие соматические заболевания, осложнения беременности, функциональные расстройства нервной системы, отягощенный акушерский анамнез, проходят подготовку в индивидуальном порядке. Перед каждым занятием врач должен осведомиться о самочувствии беременных. При поступлении жалоб в зависимости от их характера необходимо предложить беременной остаться после занятий для осмотра, или в случаях, не терпящих отлагательства, сразу же подвергнуть беременную осмотру в отдельном кабинете и принять необходимые меры (совет, лечение, стационарирование).

Характер изложения бесед должен соответствовать культурному уровню аудитории. Материал должен излагаться ясно, четко, просто; широко должны использоваться наглядные пособия.

Первое занятие посвящается «снятию страхов». Беременным объясняется механизм возникновения ложных представлений о неизбежности родовых болей, указывается на то, что женщине в течение веков внушались неправильные представления о том, что роды обязательно должны сопровождаться болями (вредное влияние религии, буржуазных ученых, рассказы обывателей о родах, роль художественной литературы, описывающей патологические роды).

Подчеркивается значение ожидания болей, страха перед болью, как основных причин, определяющих возникновение болевых реакций. Приводятся многочисленные примеры, подтверждающие, что в зависимости от нашего отношения к боли или другому ощущению мы по-разному переносим их.

Далее указывается, что однотипные раздражители в зависимости от условий их возникновения могут вызывать различной интенсивности болевые реакции. Как пример приводится реакция в реакции на укол иглы при шитье и при взятии крови на анализ, случайный бытовой порез пальца переносится легче, чем ожидаемое оперативное вмешательство той же интенсивности.

Дается физиологическое обоснование этих явлений. В доступной форме указывается на значение коры головного мозга в формировании боли; объяснение подкрепляется примерами: роды в поезде, в такси, когда женщина совершенно не испытывает болей. Поясняется, что страх вызывает самые разнообразные изменения в организме (побледнение, заикание, расстройство желудка), в том числе и боль.

Цель беседы — успокоить будущую мать, разрешить ее сомнения, рассеять опасения, убедить в том, что страх, созданный ею и внушенный рассказами окружающих, необоснован. Следует разрушить предрассудки и предубеждения о том, что роды обязательно должны сопровождаться болями. Уничтожить опасения, страхи, тревогу беременных нужно путем логических убедительных доказательств необоснованности их страхов. Важно, чтобы больная не только поверила врачу, но чтобы она поняла, осознала необоснованность своих тревог.

На втором занятии беременным сообщаются краткие сведения об анатомическом строении женской половой сферы и об изменениях, происходящих в организме женщины в связи с беременностью. Указывается, что беременность — не болезнь, а физиологический процесс созидания плода. Подчеркивается, что как анатомическое строение женской половой сферы, так и физиологические изменения при беременности и в родах обеспечивают нормальное и почти безболезненное течение родов. Заключительная часть занятия посвящается описанию родов как нормального физиологического акта.

В процессе подготовки должны быть изжиты неправильные представления о разрушающем характере родового акта, якобы обязательно сопровождающемся тягостными болевыми ощущениями. Далее опровергаются основные житейские представления о причинах родовых болей. Указывается, что поведение роженицы действительно в значительной степени определяет нормальное течение родов и, что важнее всего, благополучие ребенка. Беременным разъясняется неправильность старых представлений о механизме родового акта, как о процессе, который нельзя активно регулировать, и приводятся современные данные о возможности управления родами. Подчеркивается, что в этой «системе управления родами» ведущее место принадлежит самой роженице. Указывается, что в родах женщина совершает большую работу, требующую затраты сил, а поэтому женщина должна сохранить силы к решающему моменту родового акта — периоду изгнания плода. Подчеркивается, что роды — труд, а не болезнь, следовательно, необходимо беречь свои силы, не растрчивать их зря, нужно сохранить их для наилучшего «управления родами» в периоде изгнания.

Объясняется ведущая роль центральной нервной системы и особенно высшего ее отдела — коры головного мозга — для осуществления нормального течения родового акта. Показывается



на ряде примеров, как положительная направленность и целеустремленное отношение к родовому акту могут и должны коренным образом изменить восприятие тех незначительных, вполне терпимых и легко переносимых болезненных ощущений, которые, возможно, могут сопровождать роды.

Цель беседы — коренным образом изменить старое представление о пассивной роли женщины во время родов. Роженица из человека, который должен был только страдать во время родов, без возможности что-либо предпринять для улучшения своего положения и для благополучия ребенка, становится сознательным, активным участником родового акта.

Третье занятие посвящается первому периоду родового акта. В этом занятии объясняются ощущения рожаящей женщины, дается понятие о схватках, их продолжительности и регулярности, указывается, как должна вести себя женщина дома при появлении схваток. Излагаются процессы, происходящие в половом аппарате роженицы в первом периоде родов. Подчеркивается шадящий характер механизма раскрытия шейки матки, разъясняется роль плодного пузыря и околоплодных вод. Проводя беседу, врач сознательно должен обходить факты, которые могут вызвать тревогу у беременных. Преподносятся необходимые приемы с объяснением каждого из них:

1. Лежать спокойно во время схваток, так как это сохраняет силы и способствует правильной работе матки.

2. Во время схватки лежать на спине, во время пауз рекомендуется ложиться на бок, соответствующий позиции плода. Исследованиями И. И. Руднева доказано, что пребывание роженицы на боку, соответствующем позиции плода, способствует усилению маточных сокращений, следствием чего является ускорение родового акта.

3. Глубоко и спокойно дышать во время схватки.

4. Вдох и выдох сочетать с поглаживанием живота.

5. В конце периода раскрытия нажимать на передневерхние ости подвздошных костей или на область крестца.

6. Считать схватки, отмечая по часам, как часто повторяются схватки и какова продолжительность отдельной схватки.

Врач подчеркивает важность правильного питания в родах и необходимость своевременного опорожнения мочевого пузыря.

В конце занятия проводится анализ причин, обусловивших возникновение значительных болезненных реакций при первых родах (если таковые наблюдались) у присутствующих во время беседы повторнородящих (страх перед болью, беспокойное поведение, поздно вскрывшийся плодный пузырь, переполненный мочевой пузырь). Подчеркивается, что все эти причины болевых ощущений легко устранимы при правильном поведении роженицы. Указывается, что беспокойное поведение роженицы, крик, стоны (а с ними и задержка дыхания) вредны для ребенка и правильной работы матки.

Четвертое занятие посвящается второму и третьему периодам родового акта. Беременные знакомятся с механизмом родов во втором и третьем периоде, с характером ощущений и с приемами обезболивания. Рекомендуются рациональные положения роженицы в начале и в конце периода изгнания. Первое положение состоит в том, что во время схватки, лежа на спине, роженица берет себя руками за колени и сгибает ноги в коленных и тазобедренных суставах таким образом, чтобы разведенные бедра касались боковых поверхностей живота. В конце периода изгнания с началом врезывания головки роженице рекомендуется другое положение: женщина лежит на спине, верхняя часть туловища приподнята, ноги согнуты в коленных суставах, бедра широко разведены, стопы плотно упираются в кровать. В руках у роженицы «вожжи». Беременным разъясняется физиологическая значимость указанных приемов. Женщины тренируются на задержку дыхания. Беременным объясняется также, что в момент выведения акушеркой головки плода необходимо частое поверхностное дыхание и расслабление всех мышц.

Объясняется механизм возникновения разрывов промежности, указывается, что правильное поведение предупреждает возникновение разрывов. Подчеркивается необходимость тщательного и старательного выполнения приемов обезболивания и всех указаний дежурного персонала.

Во время пятого занятия излагаются все ожидающие беременную лечебно-диагностические манипуляции (исследование, вскрытие плодного пузыря, кислород, глюкоза и т. п.). При этом указывается, что все эти мероприятия не только способствуют нормальному течению родов, но и действуют болеутоляюще.

Затем повторяются все приемы, которым обучены беременные на предыдущих занятиях. При этом выясняется, насколько беременная уяснила основные положения психопрофилактической подготовки к родам. Показателями подготовленности беременной являются полное понимание физиологических основ предлагаемого метода, знакомство с приемами обезболивания и правилами поведения в родах, исчезновение страхов и наличие спокойного отношения к предстоящим родам.

Рекомендуются мероприятия по профилактике послеродовых заболеваний.

Занятие заканчивается тщательным акушерским осмотром беременных. Подводя итог осмотру, врач заявляет беременной, что беременность развивается нормально, ребенок лежит правильно, подготовку она усвоила хорошо, следовательно, есть все основания полагать, что роды пройдут правильно, нормально и безболезненно.

По окончании данного занятия мы, как указывалось выше, с успехом практикуем экскурсию беременных в приемный покой и родильное отделение.

## ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА

Больше всего нуждаются в физиологических совершенно безвредных методах обезболивания женщины с осложненным течением беременности, вследствие акушерской патологии и тяжелых соматических заболеваний.

Индивидуальной подготовке подлежат беременные с сердечно-сосудистыми заболеваниями, болезнями легких, почек, осложнениями беременности нефропатией, гипертонией, отеками, предлежанием плаценты, неправильным положением плода, а также беременные с нормально протекающей беременностью, но имеющие узкий таз, тазовое предлежание плода, многоплодную беременность, отягощенный акушерский анамнез. Подготовка этой категории беременных ведется только врачом в условиях консультации или в условиях стационара.

Врач, проводящий индивидуальную подготовку, кроме учета всего того, что необходимо для подготовки здоровых беременных, должен особенно чутко относиться к переживаниям беременной, ибо недооценка опасений беременной приводит врача к недостаточно осторожному обращению с ней. Особенно осторожным следует быть при собирании анамнеза, при оценке результатов лабораторных исследований, при постановке диагноза и прогноза.

Большая осторожность требуется от врача при изучении отягощенного акушерского анамнеза у беременной. Врач должен удерживаться от критики действий других врачей и акушеров, оказывавших помощь при родах, закончившихся неудачным исходом. При этом необходимо выявить дефекты в поведении беременной при прошлых родах, проанализировать их, подчеркнуть необходимость строгого выполнения всех правил поведения в родах. Недооценка врачом своих слов и действий во время бесед и осмотров больной легко ведет к психической травме.

Некоторую долю опасности для возникновения страхов у женщин представляют всевозможные лабораторные исследования, осмотры консультантов с фиксированием данных исследований и диагнозов в карточку, выдаваемую беременной. Больная по-своему толкует даже те колебания показателей, которые находятся в пределах нормальных цифр. Наши беременные достаточно грамотны, чтобы ознакомиться с медицинской документацией, но не всегда могут правильно оценить свое состояние, а поэтому способны иногда делать из слов врача выводы, не оправдываемые истинным положением вещей. Поэтому диагноз больной следует сообщать не в виде достоверности, а только в виде серьезного предположения.

Следует учитывать и то обстоятельство, что больная может неправильно истолковывать свои ощущения, имея неправильные представления о своей болезни из неправильно понятой литературы, из бесед с окружающими. Поэтому беременной, осведом-

ленной о своем заболевании, следует в доступной форме изложить происхождение и сущность ее болезни. Осведомить больную о диагнозе следует в доступной, простой, неустрашающей форме, подчеркнув благоприятный прогноз. Врач не должен делать больную участницей своих опасений за исход родов. Осведомленность беременной полезна лишь тогда, когда требуется соответствующее поведение ее. Так, при подозрении на предлежание плаценты беременная предупреждается о необходимости госпитализации при появлении кровянистых выделений.

Беременные, у которых в родах неизбежно оперативное вмешательство (явно выраженное несоответствие размеров головки плода и таза матери, мочеполовые свищи, опухоли в малом тазу, мешающие родоразрешению естественным путем), с первого занятия готовятся к необходимости предстоящей операции. Сообщение о предполагаемой операции должно быть сделано в понятной, простой форме, с упоминанием незначительности связанного с ней риска по сравнению с огромной пользой операции. Там, где нет полной уверенности в том, что оперативное вмешательство будет совершено, нет оснований заранее предупреждать беременную об операции. Мы считаем более целесообразным подготовку таких больных провести непосредственно перед операцией, чтобы беременная не была заранее встревожена советами и замечаниями окружающих ее дома лиц, не сведущих в медицине.

Существенную пользу врачу, проводящему индивидуальную психопрофилактическую подготовку, должны оказывать патронажные сестры. Следует установить контакт врача и патронажной сестры с родными беременной для устранения всевозможных неблагоприятных влияний в отношении предстоящих родов. Такой контакт особенно важно наладить с родными тех беременных, у которых имеются осложнения беременности или предполагается необходимость оперативного вмешательства.

Большое место в индивидуальной подготовке беременных должно быть уделено режиму больной. Режим больной женщины — это основное средство для сохранения жизнедеятельности ее в состоянии компенсации во время всей беременности. Большую ошибку делают те беременные, которые не соблюдают предписанного им режима, а все надежды возлагают на лекарства и лечение в больнице. Существенное значение имеет также строго дозированная физическая нагрузка и рациональное питание. Институт акушерства и гинекологии АМН СССР имеет опыт физической подготовки к родам беременных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями и поздними токсикозами беременных. Под руководством чл.-корр. АМН СССР проф. С. А. Ягунова была разработана методика физической подготовки этих беременных. Физическая подготовка беременных, находившихся в стационаре на постельном режиме, ограничивалась индивидуальными занятиями физическими упраж-

нениями под руководством методиста. Физическая подготовка амбулаторных беременных, страдавших компенсированными формами сердечно-сосудистых заболеваний и нерезко выраженными проявлениями токсикозов беременных, заключалась в групповых занятиях в гимнастическом зале, общих ультрафиолетовых облучениях в аэрофотарии и гидропроцедурах. Гимнастические занятия проводились по принципу занятий лечебной физической культурой с соответствующими группами сердечно-сосудистых больных, с постепенным включением специальных физических упражнений для беременных и центрированием внимания на обучение дыханию и расслаблению (профилактика утомления и асфиксии плода).

Проведением физио-психопрофилактической подготовки уменьшается частота слабости родовой деятельности, асфиксии новорожденных, оперативных вмешательств. Наши наблюдения показали значение физио-психопрофилактической подготовки для беременных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями и поздними токсикозами, и позволили рекомендовать ее в практику работы отделений патологии беременных и женских консультаций при наличии квалифицированного методиста.

С 32-й недели беременности с беременными проводятся систематические специальные занятия. Лучше занятия проводить строго индивидуально, но в целях экономии времени врача допустимо формировать небольшие группы — 2—3 беременных, имеющих аналогичные формы и стадии заболевания.

Перед каждым занятием больные должны быть подвергнуты тщательному осмотру и обследованию. Во время индивидуальной подготовки у беременной воспитывается спокойное отношение к своему здоровью, к предстоящим родам, возможным вмешательствам, снимаются опасения, имеющие реальную почву.

Проводимая в женской консультации система психопрофилактической подготовки к родам должна быть преемственно связана с соответствующими мероприятиями в родильном доме. Успешное проведение психопрофилактического метода зависит от работы не только врачей, но и всего среднего и младшего персонала. Персонал отделений должен быть воспитан таким образом, чтобы не допускались никакие посторонние разговоры, никакие рассуждения о патологии в присутствии беременной или роженицы; особенная осторожность должна соблюдаться при передаче дежурств.

Ни акушерки, ни сестры не должны вступать с беременными в объяснения по поводу анализов, предположений, заключений, оперативных вмешательств, не должны рассказывать роженицам ни о каких «случаях», имевших место в родильном доме. На врача лежит ответственность за каждое неосторожное слово, высказанное сестрой или санитаркой, так как каждое такое слово, иногда «невинное» по своему характеру, может стать

источником отрицательных переживаний беременной и подчас дать неожиданные и печальные результаты.

Очень важно, чтобы обстановка на всех этапах обслуживания и поведение персонала соответствовали тому, о чем осведомили роженицу в консультации при подготовке к родам. Работники приемного покоя и родильного отделения обязаны вести непрерывное наблюдение за правильным выполнением роженицей всех «приемов обезболивания», вовремя поправлять роженицу, показывать ей новые приемы, следить за правильным питанием роженицы и своевременным опорожнением мочевого пузыря и кишечника.

В случае необходимости закончить роды тем или иным оперативным вмешательством врач сообщает об этом роженице. Причем делается это осторожно, чтобы не вызвать у нее отрицательных эмоций. Перед операцией врач должен ободрить роженицу, обрисовать ей ожидаемые благоприятные результаты операции и заручиться ее согласием. Врач объясняет больной, что операция производится под местной или общей анестезией и убеждает ее «выбрать» способ обезболивания, знакомя ее с преимуществами той анестезии, которая роженице показана.

Все манипуляции должны производиться быстро, но внешне спокойно, без излишней суетливости.

При выявляющейся неудаче психопрофилактического обезболивания, т. е. при появлении беспокойного поведения роженицы и жалоб на боль, если исключены возможные осложнения (задержавшееся вскрытие плодного пузыря, ущемление губы), следует прибегать к фармакологическим средствам обезболивания. В настоящее время, когда мы располагаем спазмолитическими средствами и достаточно эффективными анальгетиками, следует широко пользоваться ими для подкрепления психопрофилактического метода.

Таким образом, психопрофилактическая подготовка как здоровых, так и больных беременных должна начинаться в женской консультации, продолжаться в приемном покое и родильном отделении и заканчиваться перед выпиской из родовспомогательного учреждения, когда женщина получает целый ряд наставлений о том, как вести себя в дальнейшем.

## ГЛАВА II

### ФИЗИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННЫХ К РОДАМ

Беременность и роды являются значительной физической нагрузкой для всего организма женщины. Отсюда вытекает, что подготовка беременных к родам не может ограничиваться только психопрофилактикой, а должна заключаться в гармоничном сочетании подготовки психопрофилактической и физической.

Физическая подготовка должна осуществляться во все сроки беременности путем рационального использования различных средств физической культуры, обеспечивающих совершенствование физического развития беременной, укрепление ее здоровья, закаливание организма, выработку необходимых двигательных навыков, развитие морально-волевых качеств, способствующих преодолению трудностей в родах.

«Физическая культура беременных» не должна замыкаться в узкие рамки специальной гимнастики, а должна сочетать в себе занятия гимнастикой (утренняя зарядка, гимнастика на производстве и специальная) и элементами спорта — прогулки пешком и на лыжах, парное катанье на коньках, плавание, игры, — с использованием естественных факторов природы — воздуха, солнца, света и воды и с соблюдением принципов гигиены — личной, жилища, одежды, питания, труда и режима дня.

Сложны и многогранны задачи врача женской консультации при осуществлении рациональной физической подготовки беременных к родам, которая по праву может быть названа «рациональным физическим воспитанием беременной».

Основными из этих задач являются нижеследующие:

1. Установление срока беременности и определение характера ее течения, исходя из данных акушерского анамнеза и осмотра.

2. Оценка общего состояния здоровья беременной, которая должна делаться на основании совокупности данных общего анамнеза, заявления беременной о ее самочувствии, обследования терапевта и лабораторных исследований.

3. Оценка общего физического развития беременной по данным анамнеза о привычности к выполнению физической работы в прошлом и настоящем, о характере систематически выполняемых беременной физических нагрузок (ходьба, подъемы тяжестей, уборка помещения и т. п.) и по данным объективного врачебного обследования, в которое должны входить соматоскопия (осмотр телосложения) и антропометрия (определение роста, веса,<sup>1</sup> акушерских размеров таза и ручной динамометрии).

4. Выяснение степени адаптации беременной к занятиям физической культурой и спортом в прошлом и настоящем: утренней зарядкой, гимнастикой на производстве, спортом (какими именно видами, какую имела разрядность, как давно прекратила занятия).

К сожалению, врачи женских консультаций и родильных домов совершенно не уделяют внимания этим чрезвычайно важным вопросам, не учитывают, что число женщин, с детских и

---

<sup>1</sup> Росто-весовой показатель в норме равен росту (в сантиметрах) —  $100 \pm 5$ . Например: при росте 156 см вес должен быть равен  $56 \text{ кг} \pm 5$ , т. е. может колебаться от 51 до 61 кг, не выходя за пределы нормы.

юношеских лет систематически занимающихся физической культурой и спортом, равно как и число спортсменок-разрядниц, в Советском Союзе непрерывно растет, а отсюда растет и численность их поступления в женские консультации в период беременности.

5. Регламентация двигательного режима для каждой беременной должна исходить из совокупности полученных данных о сроках и течении беременности, состоянии здоровья, физического развития, степени адаптации к занятиям физической культурой и спортом.

Нередко врачи женских консультаций в своих беседах с беременными не фиксируют их внимания на вопросе о двигательном режиме. При определении последнего следует сочетать необходимый в периоде беременности удлиненный сон (до 8—10 часов) с обязательным пребыванием беременной на воздухе  $1\frac{1}{2}$ —2 часа. Для беременных женщин, работающих в закрытых помещениях, для домашних хозяек и для беременных, находящихся в декретном отпуске, прогулки должны рекомендоваться 2 раза в день — утром от 30 минут до 1 часа и вечером 1— $1\frac{1}{2}$  часа; для работающих на воздухе, особенно если работа связана с ходьбой, длительность прогулок может быть сокращена до 30 минут перед сном.

Прогулки не должны вызывать утомления, отсюда продолжительность ходьбы и ее чередование с отдыхом должны регулироваться самочувствием беременной, степенью ее адаптации к ходьбе, а главным состоянием ее здоровья: наличие сердечно-сосудистых расстройств и отеков должно резко ограничивать ходьбу, без сокращения времени пребывания беременной на воздухе.

В период декретного отпуска, а при наличии варикозных расширений вен или отечности нижних конечностей — и в более ранние сроки беременности, рекомендуется несколько раз в день кратковременный (10—15 минут) отдых в положении лежа, с несколько приподнятыми нижними конечностями.

6. Выбор средств физической культуры и характер занятий должны обуславливаться как сроками беременности и особенностями ее течения, так и общим физическим развитием беременной, состоянием ее здоровья, степенью адаптации к спортивной деятельности.

Занятия физической культурой только тогда будут приносить пользу, когда они будут посильными, не вызывающими перенапряжения и переутомления.

Утренней зарядкой и гимнастикой на производстве до получения декретного отпуска могут заниматься все здоровые беременные женщины, при условии исключения некоторых упражнений (бег, прыжки, подъемы рук над головой). Кроме того, беременным показаны занятия специальной гимнастикой, которые могут осуществляться как групповым путем под руковод-



ством методиста, так и индивидуально — гимнастика беременных в домашних условиях.

Беременным женщинам, ранее занимавшимся теми или иными видами спорта, могут и должны быть разрешены до 35—36-й недели беременности некоторые из его элементов. Например, лыжницам — прогулки на лыжах по ровной местности, конькобежкам — парное катание на коньках или катание со стулом (страховка от падения), женщинам-пловчихам — плавание в зимних бассейнах и в открытых водоемах на мелких местах вблизи берега при условии достаточно высокой температуры воды.

Приступать к освоению новых для беременной видов спорта не рекомендуется ни при каких сроках беременности.

Категорически запрещаются всем беременным женщинам во все сроки беременности снарядовая гимнастика, слалом, прыжки в воду, т. е. все те элементы спорта, которые связаны с прыжками, соскоками и инверсным положением тела.

Спортсменкам-разрядницам всех спортивных разрядов и всех специальностей с первых же дней беременности запрещаются участия в соревнованиях, так как это может обусловить возникновение нарушений имплантации и плацентации.

Противопоказаниями для занятий в период беременности какими-либо видами физических упражнений являются: острые или хронические инфекционные заболевания со стойко повышенной температурой, гнойные процессы в любых органах и тканях, декомпенсированные формы заболеваний сердечно-сосудистой системы, хронический аппендицит с наклоном к обострениям, заболевания печени и почек, а также наличие патологии беременности (резко выраженные токсикозы I и II половины беременности, предлежание детского места, маточные кровотечения в период беременности, многоводие).

Наличие у беременной компенсированного порока сердца, миокардиодистрофии, гипертонической болезни I и II стадии или варикозных расширений вен нижних конечностей (без изъязвления) не служит противопоказанием для выполнения физических упражнений, но проводится уже как занятия лечебной физической культурой с использованием комплексов специальных упражнений.

К числу средств физической культуры, показанных для использования во все сроки беременности, относятся: воздушные ванны — аэрация тела, общие ультрафиолетовые облучения,<sup>1</sup> гидропроцедуры — влажные обтирания и нисходящие души ин-

---

<sup>1</sup> Применение ультрафиолетовых облучений противопоказано при декомпенсированных и субкомпенсированных формах туберкулеза легких, при подозрении на наличие у беременной злокачественного новообразования и в случае ухудшения самочувствия беременной после облучения, что иногда наблюдается при сердечно-сосудистой патологии.

дифферентных температур; растирания кожи после душа (само-массаж и подготовка молочных желез).

7. Врач женской консультации обязан дать каждой беременной женщине организационно-методические указания в отношении возможных для нее путей осуществления физической подготовки к родам.

Наиболее желательной формой занятий специальной гимнастикой являются групповые занятия под руководством методиста. Наличие в женской консультации гимнастического зала на 10 человек и двух методистов по физической культуре могло бы обеспечить ежедневные занятия 100—120 беременных, т. е. за год 1000—1200 беременных женщин могли бы в период декретного отпуска осуществлять в стенах женской консультации физическую подготовку к родам.<sup>1</sup>

Наш опыт (ИАГ АМН СССР) свидетельствует о том, что физическая и психопрофилактическая подготовка беременных к родам предупреждает развитие у матери гипоксемии в родах, а отсюда и интранатальную асфиксию плода, снижает частоту слабости родовой деятельности, процент оперативных вмешательств в родах и способствует благоприятному течению послеродового периода (отсутствие тяжелых послеродовых заболеваний, отсутствие маститов, низкий процент возникновения трещин сосков и субинволюции матки).

При отсутствии возможности организовать в женской консультации занятия гимнастикой с беременными, врачи консультации должны знать, где в городе подобные занятия проводятся, иметь связь с этими учреждениями и направлять беременных туда для их физической подготовки к родам. Практика, однако, показывает, что врачи женских консультаций этих возможностей не используют.

Беременным женщинам, не имеющим возможности (по каким бы то ни было причинам) участвовать в групповых занятиях специальной гимнастикой, следует рекомендовать во все сроки беременности индивидуальные занятия дома. Руководством для них может служить богато иллюстрированная научно-популярная литература: С. А. Ягунов «Физкультура во время беременности» (1959), А. В. Бартельс и Н. Е. Гранат «Физкультура во время беременности» в книге «Курс лекций для беременных» (1957).

Кроме того, при наличии в штате женской консультации методиста в ней могут быть организованы показательно-контрольные занятия, по принципу, рекомендуемому А. П. Николаевым.

8. Врач должен уметь:

а) убедить беременную женщину в необходимости для нее занятий физической культурой во время беременности;

---

<sup>1</sup> Занятия проводятся 3 раза в неделю по 45—50 минут, проветривание зала занимает 10—15 минут во время смены групп.

б) выработать у нее сознательное отношение к физической подготовке к родам, используя для этого основные принципы физического воспитания;

в) привить беременным знания о средствах физической культуры и путях их воздействия на организм;

г) объяснить значение каждого из рекомендуемых упражнений для облегчения или ускорения течения родового акта;

д) ознакомить беременных с сущностью активного отдыха и расслабления мышц для восстановления работоспособности.

Врач женской консультации должен уметь сделать правильный выбор доступных (посильных для выполнения) физических упражнений, проследить за систематичностью и последовательностью нарастания нагрузок, за прочностью усвоения двигательных навыков для их практического использования.

9. Наглядность обучения. Показ выполнения упражнения должен осуществлять только методист, так как показ должен вызывать восхищение, стремление к подражанию в правильном выполнении. Врачу или акушерке, не имеющим специального физкультурного образования, это далеко не всегда удается (по возрасту, физическому развитию и т. п.), а у занимающихся создается ложное представление о непреодолимой трудности упражнения. При отсутствии методиста следует шире использовать для обучения иллюстративный материал.

Отправными вехами в успешном выполнении врачом инструктажа беременных и пропаганды физической подготовки к родам должны быть знания самого врача о путях воздействия средств физической культуры на организм.

В выполнении физических упражнений ведущая роль принадлежит нервной и мышечной системам, которые при этом по праву могут называться основными деятельными органами. Их интенсивная деятельность неминуемо обуславливает усиление деятельности и ряда других — сердечно-сосудистой, дыхательной, выделительной — систем, которые физиологи (Г. В. Фольборг) расценивают, как «обслуживающие органы» по отношению к «основному работающему».

Раздражения, испытываемые проприорецепторами в процессе выполнения физических упражнений, передаются по проводящим путям в соответствующие нервные центры, активация деятельности которых способствует совершенствованию координационной деятельности центральной нервной системы, что особо важно в период беременности.

Рекомендуемые для использования беременными факторы природы обуславливают закаливание организма, укрепление и оздоровление кожных покровов, что является профилактикой послеродовых гнойничковых заболеваний кожи, трещин сосков и маститов. Общие ультрафиолетовые облучения способствуют: борьбе организма со световым голоданием в осенне-зимнее время; стабилизации солей кальция в организме матери и доста-

точному снабжению им плода для его полноценного антенатального развития без декальцинации костной системы матери. Выработка в организме матери под влиянием ультрафиолетовых облучений витамина «D» и повышение усвояемости витамина «С» предупреждает возникновение авитаминозов и способствует борьбе с уже возникшими; кроме того, ультрафиолетовые облучения активизируют течение окислительно-восстановительных процессов.

### ГЛАВА III

## ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ НАРУШЕНИЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Общеизвестно, что состояние здоровья женщины к началу беременности важно и для течения беременности и для развития плода. Поэтому все, что способствует нормальному развитию девочки и девушки, имеет значение для профилактики нарушений внутриутробного развития. То же можно сказать и о беременной женщине, т. е. забота о ее здоровье является одновременно и заботой о ее будущем ребенке; однако следует учесть, что далеко не все то, что полезно женщине небеременной, полезно ей в период беременности и, кроме того, некоторые обстоятельства, незначительные для матери, могут повредить плоду.

Современные теоретические данные помогают понять, что способствует нормальному внутриутробному развитию плода, а что может ему повредить, и дают основание для того, чтобы высказать несколько общих положений, которыми врачу следует руководствоваться в его санитарно-просветительной работе с беременными женщинами и в лечебной деятельности.

### Чувство ответственности у беременной женщины за здоровье будущего ребенка

Каждая женщина должна отчетливо представлять себе, что развивающийся плод нуждается в ее материнской заботе и притом не меньше, чем новорожденный ребенок.

Во время внутриутробного периода жизни развитие организма идет так быстро, как никогда после рождения. За девять месяцев из нескольких клеток развивается ребенок, обладающий всеми основными присущими человеку органами и всеми основными функциями вплоть до способности к сложнейшей из них — высшей нервной деятельности. Известно, что чем быстрее происходит развитие, тем легче ему повредить и тем опаснее бывают последствия повреждения. Поэтому охрана внутриутробного организма чрезвычайно важна и имеет значение не

только для состояния новорожденного ребенка, но и для здоровья человека в течение последующей жизни.

Указанное обстоятельство нередко недооценивается. Каждая мать знает, что ребенок должен быть вовремя накормлен, вынесен на прогулку и уложен спать. Но эта же женщина во время беременности нередко ведет неправильный образ жизни, не отдавая себе отчета в том, что этим она нарушает условия дыхания, питания и развития плода.

Постоянной разъяснительной работой следует создать такое положение, чтобы не только каждая беременная женщина, но и члены ее семьи понимали, насколько велика ответственность за внутриутробное развитие будущего человека и насколько важно соблюдать правила гигиены беременности.

Прежде всего следует строго соблюдать режим в повседневной жизни.

### Режим беременной женщины

Здоровой беременной женщине не нужно бояться труда. Привычный труд, если он не связан с тяжелой физической нагрузкой или с вредными условиями работы, может продолжаться во время беременности. Более того, жизнь в «тепличных» условиях не благоприятствует развитию плода.

Однако должна быть правильная смена периодов труда и отдыха и периодов бодрствования и сна.

Молодая здоровая женщина, легко переносящая нарушения в режиме питания и сна, не считает нужным стеснять себя в этом отношении и часто продолжает вести себя так же и во время беременности. Между тем, это представляет известную опасность для плода. Если внимательно исследовать его состояние в течение суток, то можно отметить влияние на него даже обычной дневной усталости матери. К вечеру шевеления плода обычно учащаются и несколько меняется его сердцебиение (В. К. Пророкова, 1954). Эти изменения можно охарактеризовать как приспособление его к несколько ухудшившимся условиям снабжения кислородом и питательными веществами. Подобные явления не вредны для плода, и может быть они даже способствуют развитию его приспособительных реакций. Но это справедливо лишь в том случае, если реактивность плода нормальна, усталость матери не чрезмерна и если мать здорова. У женщин, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы, суточные изменения в состоянии плода бывают более резкими (В. К. Пророкова, 1954). При усталости больной беременной женщины и переутомлении здоровой могут создаться условия, временно нарушающие жизнедеятельность плода, а при частом повторении вредящие его развитию.

У большинства беременных женщин отмечается повышенная потребность в сне и нередко вместо обычных 7—8 часов в сутки

беременные женщины спят 10—11 и более часов в сутки (О. Д. Кручинина, 1957). Объясняется это следующим образом. Во время беременности резко усиливаются вегетативные функции. Достаточно сказать, что основной обмен возрастает более чем на 20%, минутный объем сердца — более чем в полтора раза, количество крови увеличивается почти на литр (А. А. Скворцова, 1947; Ньютон, 1952, и др.). Даже в тот период, когда женщина не ощущает своей беременности, общее состояние и, в частности, состояние ее нервной системы изменено главным образом под влиянием гормональных влияний и афферентных импульсов с рецепторов матки, доходящих до головного мозга и даже изменяющих электроэнцефалограмму (Л. И. Шванг, 1954). Благодаря возбуждению определенных нервных центров оказывается возможной та перестройка жизнедеятельности организма, которая необходима в естественном ходе развития беременности. Эта перестройка осуществляется при участии нервной системы, координирующей разнообразные функции организма в единый стройный процесс. Таким образом, беременность даже в ранние сроки является для организма, для его нервной системы существенной нагрузкой, суммирующейся с повседневной нагрузкой, так как в начале беременности женщины обычно не меняют образа жизни. При этом утомление развивается быстрее, возникает потребность в удлиненном сне. Последний способствует восстановлению нормальной деятельности нервной системы, а следовательно, и нормальному развитию беременности.

Если женщины преодолевают сонливость и потребность в удлиненном сне, то состояние их нервной системы ухудшается и появляются невротические реакции (О. Д. Кручинина, 1957), что может неблагоприятно отразиться на развитии плода (см. ниже).

Во время беременности в интересах матери и плода следует избегать не только значительной физической работы и непривычных занятий, но и условий, требующих значительного напряжения нервной деятельности: умственного перенапряжения, сильных, особенно неблагоприятных, переживаний и т. д. Создание нового очага возбуждения в центральной нервной системе может привести к торможению в тех центрах, деятельное состояние которых необходимо для нормального течения беременности.

### Питание

Гигиене питания в период беременности посвящено большое количество работ. Следует лишь подчеркнуть, что для плода ее некоторые положения еще более важны, чем для матери. Так, например, для быстро растущего организма особенно нужно разнообразие питательных веществ, из которых развиваются ткани и органы и которые стимулируют рост и развитие плода.

Пища, помимо углеводов и жиров, должна содержать разнообразные аминокислоты, витамины, микроэлементы. Резкое снижение в материнском рационе белков несовместимо с нормальным внутриутробным развитием, и потому значительное ограничение белкового питания должно быть только по указанию врача. Для плода имеет существенное значение и регулярный прием матерью пищи. Между кровообращением в пищеварительных органах и в матке имеется тесная связь; несоблюдение режима питания и нарушение пищеварения у матери могут отразиться на плоде не только вследствие недостаточного подвоза питательных веществ, но и потому, что изменение кровотока в матке ухудшает условия снабжения плода кислородом.

*Физическая культура.* Рациональные методы физической культуры в период беременности изложены Л. Н. Старцевой (стр. 15).

### **Условия, способствующие нарушению внутриутробного развития**

Каковы бы ни были патологические изменения в организме беременной женщины, они сказываются на состоянии плода в основном вследствие нарушений кровообращения в матке или изменения состава веществ в протекающей через нее крови. Нередки и очень опасны для плода такие изменения в материнском организме, которые приводят к острому нарушению маточного кровообращения, а, следовательно, и к острому кислородному голоданию плода. Если для беременной женщины изменения кровообращения в течение нескольких часов или дней могут пройти бесследно, то для плода бывает достаточно очень непродолжительного уменьшения подвоза кислорода, чтобы возникли тяжелые нарушения его развития или даже асфиксия, заканчивающаяся смертью.

Непосредственной причиной быстро возникающих расстройств маточного кровообращения являются обычно нервные и гормональные влияния: рефлекторный спазм сосудов, изменение их состояния под влиянием быстро выделившихся гормонов (адреналина, вазопрессина и др.). При нормальном состоянии нервной и эндокринной систем подобные реакции бывают только после чрезмерных воздействий (резкое эмоциональное возбуждение, травма, повышение температуры тела и др.). Если же состояние нервной системы изменено, то сосудистые реакции и секреторные рефлексы эндокринных органов могут быть резко усилены и извращены. В таких условиях даже физиологические влияния, обычно безвредные, могут явиться причиной патогенных для плода реакций материнского организма. Это положение не только вытекает из общих физиологических представлений, но проверено по отношению к организму беременной и плоду в эксперименте и в клинике (Н. Н. Константинова, 1959; И. М. Ле-

бедева, 1959, и др.). Оно, вероятно, имеет существенное значение в том повышении процента мертворождения при заболеваниях, сопровождающихся нарушением нервной регуляции сосудистого тонуса, которое отмечено в клинических исследованиях (О. Ф. Матвеева, 1953, и др.).

В связи с этим профилактика и своевременное лечение заболеваний нервной системы в период беременности имеют большое значение. В консультациях для беременных следует обращать внимание, в частности, на своевременное лечение расстройств сна.

Важно также и раннее выявление эндокринных заболеваний. Из них для плода особенно опасен диабет и так называемые предиабетические состояния (не всегда распознаваемые), при которых часты нарушения внутриутробного развития и велик процент перинатальной смертности.

Угрожающими для плода являются все те изменения в материнском организме, которые сопровождаются хроническим нарушением снабжения плода кислородом (заболевания сердечно-сосудистой системы, токсикозы второй половины беременности, жизнь в местах, расположенных высоко над уровнем моря, и т. д.), или недостаточным поступлением питательных веществ (заболевания пищеварительных органов, неправильный пищевой рацион и т. д.).

Наконец, нередко нарушения развития плода и при инфекционных заболеваниях матери. Последствия внутриутробного заражения и интоксикации плода бывают различными в зависимости от характера возбудителя (С. М. Беккер, стр. 49). Общим для многих заболеваний является патогенное действие на плод лихорадки у беременной женщины. Повышение температуры, особенно значительное, может неблагоприятно отразиться на внутриутробном развитии даже независимо от нередко сопутствующей лихорадке интоксикации плода.

### **Повреждаемость плода в разные сроки внутриутробного развития**

Патогенное влияние на плод различных патологических процессов в материнском организме зависит от того, в какой период беременности они возникают. Этот вопрос подробно изучен в эксперименте.

При исследовании первой половины беременности оказалось, что одно и то же дозированное патогенное воздействие (перегрев, охлаждение, наркоз и др.) оказывает различное повреждающее влияние на плод в зависимости от того, в какой день беременности оно применено. Имеются так называемые критические периоды беременности, когда повреждаемость резко возрастает: время, предшествующее имплантации, и период формирования плаценты (П. Г. Светлов и сотр., 1959). Клинические



наблюдения показывают, что эта закономерность, по-видимому, имеет место и в патологии человека. Повреждение двух указанных процессов создает неблагоприятные условия в течение всей антенатальной жизни, поскольку неполноценная плацентация обуславливает хроническое кислородное голодание плода; это нередко приводит и к понижению его сопротивляемости по отношению к родовым повреждениям и к рождению неполноценного ребенка.

Охрана развития эмбриона в первую половину беременности в настоящее время еще не поставлена на должную высоту отчасти потому, что изложенные теоретические сведения еще недостаточно широко известны. Между тем патологическое течение эмбриогенеза именно в этот период может привести к рождению ребенка с тяжелыми пороками развития. Весьма актуальной задачей является разработка профилактических мероприятий, обеспечивающих благополучное течение эмбриогенеза в этот период. Санитарно-просветительная работа в таком направлении важна еще и потому, что состояние здоровой женщины в первую половину беременности еще не побуждает ее к внимательной заботе о своем здоровье в такой мере, как это бывает в конце беременности.

Нарушение условий внутриутробного развития в его более поздние сроки также может привести к отставанию в развитии плода, но нарушений органогенеза при этом не бывает. Плод в последние месяцы беременности уже велик и потребности его значительны, поэтому вынашивание его для матери более утомительно чем вначале, и ей следует избегать дополнительных нагрузок, требующих усиления сердечной деятельности и могущих привести к временным нарушениям кислородного обмена. Законами нашей страны женщина в последние месяцы беременности освобождена от производственной работы.

В охране первого периода беременности, в частности в профилактике нарушений внутриутробного развития в это время, большая роль принадлежит консультациям для беременных.

Вполне понятно, что приведенные данные дают лишь общее представление о возможностях охраны антенатального периода жизни. Подробное знакомство со специальными трудами позволит врачу полнее использовать результаты теоретических исследований в повседневной борьбе с осложнениями внутриутробного развития.

#### ГЛАВА IV

### ПРИЧИНЫ И ПРОФИЛАКТИКА МЕРТВорождения И РАННЕЙ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Советское здравоохранение достигло больших успехов в деле снижения мертворождения и ранней детской смертности. Однако в этом отношении использованы еще далеко не все возможности. Поэтому дальнейшее снижение частоты мертворождения

и ранней детской смертности остается одной из основных наших задач. В этом важном деле ведущая роль принадлежит женской консультации. Следует учесть, что гибель плодов и новорожденных в большинстве случаев связана с причинами, в основе которых лежат осложнения беременности или заболевания беременных женщин. Так, например, по данным Войта и сотр. (1958), мертворождение в  $\frac{4}{5}$  случаев зависит от патологии беременности. Не случайно в структуре перинатальной смертности<sup>1</sup> одна только антенатальная смертность составляет, по данным разных авторов, от 17%. (Колгер, 1939) до 49,3% (С. А. Адинцова, 1958), в среднем 26,8% (Т. И. Седова, 1960). В интранатальной и ранней детской смертности часто повинен не столько родовой акт и его осложнения, сколько повреждение плода еще во внутриутробном периоде. Все эти обстоятельства должны фиксировать особое внимание врача женской консультации к каждой беременной женщине, имея в виду особенности ее анамнеза, раннее выявление и устранение всех тех вредных факторов, которые могут оказаться небезразличными для плода. Само собою разумеется, что предпосылкой к этому должно быть всестороннее обследование беременной женщины с ранних сроков беременности.

Причины мертворождения многообразны. Многочисленные попытки их классификации до последнего времени не увенчались полным успехом. Общепринята классификация, предложенная в 1947 г. Министерством здравоохранения СССР, предусматривающая причины мертворождения «со стороны матери», «со стороны плода» и «со стороны плодного яйца». Отвечая требованиям официальной статистики, эта классификация не может нас удовлетворить с точки зрения современных представлений о взаимоотношениях матери и плода и не мобилизует на поиски истинной причины, лежащей в основе мертворождения. Об этом частично сказано в гл. V. Ярким примером может служить мертворождение, обусловленное уродством плода (т. е. причину «со стороны плода»).

В настоящее время экспериментальными и клиническими исследованиями установлено, что уродства плода и разнообразные «врожденные» заболевания обязаны своим происхождением меньше всего наследственности, а связаны с воздействиями на эмбрион или плод различных неблагоприятных факторов со стороны матери. При этом большая роль принадлежит инфекционным заболеваниям. Харнальс и Торп считают, что  $\frac{1}{5}$  мертворождения и ранней детской смертности идет за счет внутриутробной инфекции, по Уоллесу, эта цифра возрастает до 25%, по Чезу, — до 36%. Некоторые виды инфекционных заболеваний влекут за собою особенно большое число уродств плода. Так,

<sup>1</sup> Понятие «перинатальная смертность» включает в себя антенатальную, интранатальную и раннюю детскую смертность (в первую неделю после родов).

по данным Харнака, корь вызывает возникновение уродств плода в 16,1%, ветряная оспа — в 12,1%, эпидемический гепатит в 11,4%, паротит — в 12,1%. По наблюдениям Фревиса и Платнера, повреждение плода при заболевании матери краснухой достигает 40%. Уродство плода может также возникнуть в связи с бруцеллезом, гриппом, листериозом, токсоплазмозом и другими инфекционными заболеваниями беременной женщины. Как показали исследования П. Г. Светлова, наиболее уязвимыми или так называемыми критическими периодами, когда воздействие повреждающих факторов внешней среды на материнский организм сказывается на развитии плода особенно тяжело, являются период имплантации и период плацентации. Инфекционные заболевания матери, острые и хронические, помимо уродств плода, могут повести к различному внутриутробному его заболеваниям. Последние, в свою очередь, могут явиться причиной гибели ребенка как до родов, так и в родах или в первые дни после родов.

Удельный вес инфекции в общей потере детей, по данным Института акушерства и гинекологии АМН СССР, показан в табл. 1 (А. П. Егорова).

Таблица 1

**Роль инфекции в перинатальной смертности**  
(по данным ИАГ АМН СССР)

Группа	Всего детей	В том числе в связи с инфекцией
Погибшие антенатально . . . . .	100	42 (42%)
» интранатально . . . . .	33	10 (30,3%)
» в первые дни после родов	66	32 (48,5%)
Итого . . .	199	84 (42,2%)

При этом среди многочисленных инфекционных форм наиболее значительную роль в потере детей играли листериоз, кокковые инфекции и токсоплазмоз.

Вторая причина, часто фигурирующая как причина мертворождения, это поздний токсикоз беременных. Однако удельный вес этой причины среди всех мертворождений, по данным разных авторов, колеблется в широких пределах — от 3,2% (Е. А. Тихенко) до 36,6% (С. А. Адинцова). Несомненно, что при наличии позднего токсикоза частота потери детей увеличена. Однако причина их гибели в таких случаях не всегда связана только с одним токсикозом. Она может зависеть от тех заболеваний, на фоне которых токсикоз развился, а также от

недоношенности ребенка в связи с частым досрочным прерыванием беременности при этом осложнении. По данным Тейлора, общая потеря детей при токсикозе «эссенциальном» составляет в среднем 20%, а при токсикозе с наличием сопутствующих заболеваний — 40%. З. В. Светлова установила, что при «чистом токсикозе» частота мертворождения равна 4,4%, а при «сочетанном» — 11,7%, т. е. в 2½ раза больше.

Из заболеваний сердечно-сосудистой системы особого внимания заслуживает гипертоническая болезнь, при которой часто наблюдается отставание в развитии плода и его антенатальная гибель (от 9,2 до 63,6%, по данным разных авторов). Что касается органических заболеваний сердца, то потеря детей при этих заболеваниях сравнительно невелика.

Заслуживает внимания среди причин мертворождения и ранней детской смертности изосерологическая несовместимость крови матери и плода, главным образом по резус-фактору, реже по группе крови, а в отдельных случаях по факторам M, N, HR и др. Однако надо проявлять известную осторожность при установлении такой причины гибели ребенка. Нельзя объяснять гибель ребенка гемолитической болезнью, если у него ни клинически, ни на вскрытии не обнаруживаются убедительные признаки этого заболевания. Последнее может отсутствовать, несмотря на резус-отрицательную кровь у матери и резус-положительную у плода и даже при наличии в крови матери резус-антител. Они могли остаться от предшествующей беременности и не вызвать заболевания у плода.

Различного рода острые и хронические отравления беременной женщины могут отразиться на жизнедеятельности внутриутробного плода.

За последнее время появился ряд исследований, специально посвященных влиянию на внутриутробный плод различных лекарственных средств. Вилькинс с сотр. (1958) установил у родившихся девочек частичную маскулинизацию наружных половых органов, матери девочек во время беременности в связи с угрожающим выкидышем получили большую дозу гормона желтого тела (ежедневно внутрь от 30 до 200 мг прогестина). По данным Регетса (1959), вредное влияние на плод оказывают такие медикаменты, как большие дозы прогестерона, тестостерон (вирилизация плода), препараты тиоурацила (образование у плода зоба), антикоагулянты (возможность кровоизлияния у плода), большие дозы ганглиоблокирующих веществ и др. Йостен (1956) также отмечает возможное отрицательное влияние на плод некоторых медикаментов, особенно в начале беременности. В частности, он предостерегает от длительного применения у беременных люминала (отравление плода), барбитуратов (нарушение механизма свертывания крови у плода), злоупотребления витамином D (преждевременное окостенение черепа плода) и т. д.

В затронутом вопросе следует учесть, что все упомянутые вредные воздействия на плод, хотя и не вызывают непосредственной гибели, тем не менее понижают его сопротивляемость. Родовой акт для таких плодов в силу этого может оказаться непосильной нагрузкой, в результате чего может наступить интранатальная или ранняя детская смерть.

Эндокринные заболевания также могут послужить причиной потери детей. В основном это относится к сахарному диабету, при котором частота гибели детей у разных исследователей колеблется от 12,3 (Уайт) до 48,2% (Фокен). При этом плод часто погибает антенатально или вскоре после родов. Как известно, при диабете часто дети бывают очень крупные и даже гигантские (весом более 5 кг). Между тем при родах крупным плодом частота мертворождения повышена. По данным М. И. Лепилиной, мертворождение и ранняя детская смертность при весе ребенка более 4000 г составляла 3,95%, а при весе 5000 и более грамм — 16,69%.

Причину гибели детей при сахарном диабете разные авторы объясняют по-разному: сосудистыми поражениями плода или плаценты, ацидозом матери, гипогликемией у плода, образованием в легких гиалиновых мембран, изосенсибилизацией организма, травмой черепа в родах и пр. (Дени и Дюранте, Клейтон, Уорм, Л. И. Лобановская с соавт. и др.).

Из органических заболеваний почек большую роль во внутриутробной гибели плода играют острые и хронические воспаления. В частности, при хроническом нефрите часто наблюдается отставание в развитии плода и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Из осложнений беременности, при которых частота потери детей повышена, привлекают к себе внимание перенашивание беременности, аномалии прикрепления плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, многоводие, неправильные положения плода. При переносенной беременности гибель плода может произойти как антенатально, так и во время и после родов. К этому располагают большая его чувствительность к кислородному голоданию, крупные размеры, частое возникновение в родах слабости родовой деятельности и затяжное течение родов. По данным А. П. Николаева, при переносенной беременности мертворождаемость в 5 раз чаще, чем при срочных родах. Высока частота потери детей при аномалиях прикрепления плаценты, главным образом при предлежании, достигая 31—56,7%. (А. Д. Аловский, С. М. Гольденберг и др.). Еще выше перинатальная смертность при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты. При значительной отслойке плаценты у беременных плод гибнет почти во всех случаях. Эта патология чаще наблюдается при хронических нефритах, гипертонической болезни, тяжелых токсикозах, некоторых инфекционных заболеваниях (бруцеллез, сифи-

лис, малярия и др.), фибромиоме матки, значительных травмах живота и др.

Многоводие часто сопровождается уродством плода. По современным представлениям допускается, что в основе того и другого лежит одна причина — инфекция, поражающая плод с его оболочками (В. В. Иванова, Бэрри, Морен и др.). Потеря детей, по данным разных авторов, колеблется от 48 до 96%, а пороки развития плода — от 17,4 до 45,9%. (Маккаф, Истмен и др.).

При неправильных положениях плода потеря детей происходит обычно или в родах, или в первые дни после родов и связана в основном с особенностями их течения и ведения. Сказанное относится к поперечному или косому положению плода. Следует, однако, иметь в виду и причины, обусловившие неправильное положение плода (пороки развития матки, аномалии прикрепления плаценты, фибромиома матки и пр.), которые также могут иметь значение в неблагоприятном исходе беременности для плода. Кроме того, частота мертворождения и ранней детской смертности повышена при тазовом предлежании плода и при многоплодии, что в основном также стоит в связи с особенностями течения и ведения родового акта. К более редким причинам потери детей относятся такие, как истинный узел пуповины, обвитие пуповины, маловодие, аномалии самой плаценты (инфаркт и пр.).

Знание возможных причин мертворождения и ранней детской смертности открывает перед врачом большое поле деятельности в области профилактики неблагоприятного исхода беременности для плода. Профилактические мероприятия можно разделить на две группы — общего и индивидуального характера.

К мероприятиям общего характера относятся следующие:

1. Полноценное, всестороннее обследование всех беременных с ранних сроков беременности. В план обследования должно войти также определение резус-фактора крови.

2. Взятие на особый учет беременных женщин с отягощенным акушерским анамнезом и тщательное выяснение возможных причин неблагоприятного исхода предшествовавших беременностей.

3. Раннее распознавание у беременных акушерской патологии и своевременная госпитализация в показанных случаях.

4. Профилактическая витаминизация всех беременных поливитаминами.

5. Точное соблюдение всех постановлений советского правительства, касающихся охраны труда беременной женщины (своевременное предоставление родового отпуска, перевод на более легкую работу и пр.).

6. Диспансеризация беременных женщин.

Более сложными и трудными являются профилактические

мероприятия индивидуального характера. Они определяются конкретными особенностями каждой беременной женщины.

В тех случаях, когда подозревается наличие у беременной инфекционного заболевания, необходимо провести соответствующее обследование, направленное на его обнаружение. При этом надо иметь в виду, что некоторые инфекционные заболевания могут протекать латентно и обнаружить их удается только путем специального обследования. Сказанное относится, например, к токсоплазмозу и листериозу. При установлении диагноза болезни должно быть проведено соответствующее лечение. Однако у многих беременных, к сожалению, не удается определить характер инфекционного заболевания, несмотря на то, что по данным анамнеза и клинико-лабораторного обследования можно подозревать наличие инфекции (субфебрильная температура, лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, высокая РОЭ и др.). В таких случаях целесообразно проведение профилактического курса лечения антибиотиками. В ИАГ АМН в случаях отягощенного акушерского анамнеза и подозрения на инфекцию при настоящей беременности с успехом лечили биохинолом (3 мл внутримышечно 1 раз в 3 дня, всего 6—10 инъекций) в сочетании с антибиотиками (А. С. Чиркова, В. С. Дорохина).

Уменьшение частоты потери детей при позднем токсикозе может быть достигнуто ранней диагностикой этого осложнения беременности и ранним началом его лечения в условиях стационара. При этом важно в случаях токсикоза сочетанного одновременно начать лечить и то заболевание, на фоне которого токсикоз развился.

При установлении у беременной гипертонической болезни следует прежде всего выяснить стадию развития болезни. При 2-й стадии беременность противопоказана. У таких лиц обычно после временного улучшения в состоянии здоровья в первую половину беременности в дальнейшем наступает его ухудшение, чреватое неблагоприятным исходом как для плода, так и для матери. Поэтому при 2-й стадии гипертонической болезни больная должна быть госпитализирована. Своевременное досрочное прерывание беременности может сохранить жизнь ребенка.

При отрицательном резус-факторе крови у повторно беременной женщины и положительном — в крови ее мужа, можно ожидать возникновения резус-конфликта. Клиническая картина утяжеляется при наличии отягощенного акушерского анамнеза или обнаружении в крови беременной резус-антител. Особенно неблагоприятен прогноз в тех случаях, когда сенсибилизация произошла благодаря переливанию в прошлом резус-положительной крови. У таких беременных рекомендуется с профилактической целью назначение поливитаминов С, К (в течение 2—3 недель), Е (в течение всей беременности), глюкозы (внутривенно ежедневно или через день по 20 мл 40%-ного раство-

ра, всего 10 инъекций), диатермии окологпочечной области, общего облучения кварцем, оксигенотерапии (см. гл. VI). Это лечение, направленное на повышение сопротивляемости плода к вредному на него воздействию резус-антител, повторяется двумя — тремя курсами в течение всей беременности. За 3—4 недели до родов беременную рекомендуется госпитализировать, имея в виду возможную необходимость досрочного прерывания беременности при возникновении первых симптомов нарушения жизнедеятельности внутриутробного плода. У первобеременной, как правило, гемолитической болезнью ребенок не заболевает, если раньше не было сенсибилизации женщины резус-положительной кровью (при переливании или внутримышечном введении). Это обстоятельство следует учитывать, рекомендуя беременным с резус-отрицательной кровью воздержаться от искусственного прерывания первой беременности.

Во избежание вредного воздействия на плод лекарственных веществ следует разумно ими пользоваться, обосновывая каждое назначение их, следя за тем, чтобы не было передозировки.

Профилактика потери ребенка при сахарном диабете состоит в рациональном его лечении с первых недель беременности. Установлено, что при правильной дозировке инсулина диета беременной может быть физиологической (см. гл. XIII), крупные дети бывают редко и частота мертворождения значительно снижается (В. А. Соо).

Профилактические мероприятия при осложнениях беременности носят разный характер в зависимости от характера самого осложнения. Следует правильно определять срок беременности и избегать перенашивания, а в случае его возникновения своевременно назначить родовозбуждающие средства. Решающее значение с точки зрения предупреждения потери ребенка при предлежании плаценты и при малейшем подозрении на преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты имеет ранняя диагностика этой патологии и своевременная госпитализация таких беременных женщин.

В отношении многоводия успешные результаты от лечения его пенициллином (по 100 тыс. МЕ внутримышечно через 3 часа, всего на курс лечения 6—8 млн. МЕ) имела В. В. Иванова; эффект сказывался на 2-й неделе лечения. Ей удалось благодаря этой терапии снизить частоту мертворождения более чем в 3 раза.

Особого внимания заслуживает вопрос о профилактическом наружном повороте плода при неправильном его положении и при тазовом его предлежании. Во всех таких случаях надо иметь в виду те причины, которые обусловили неправильное положение плода или тазовое его предлежание. Таковыми могут быть, например, пороки развития матки, опухоли матки, аномалии прикрепления плаценты. Без учета всех этих обстоятельств наружный поворот может оказаться не только не полезным, но



даже вредным мероприятием, а с другой стороны амбулаторно их выявить не всегда оказывается возможным. Поэтому многие авторы справедливо считают целесообразным производить наружный профилактический поворот только в условиях стационара. Поворот производится при сроках беременности 35—36 неделю с согласия беременной при наличии полной подвижности плода.

Мы не касались вопроса об анатомически суженном тазе, поскольку гибель плода при этой патологии наступает или в процессе родов, или в первые дни после них, что наблюдается чаще. Однако роль женской консультации в профилактике мертворождения и ранней детской смертности у таких беременных женщин также велика. Раннее распознавание узкого таза, правильная оценка в конце беременности соотношения размеров предлежащей части плода и таза, взятие на особый учет таких беременных и своевременная их дородовая госпитализация — могут способствовать значительному снижению частоты потери детей. В более широком смысле слова профилактика должна включать в себя мероприятия по правильной постановке физического развития детей, поскольку узкий таз является одним из проявлений инфантилизма.

В данной статье не охвачены изложением все возможные причины потери детей и далеко не изложены все возможные меры профилактики. Перечислены лишь основные.

Несомненно, что в мертворождении и ранней детской смертности большое значение имеет недоношенность ребенка и тем большее значение, чем меньше вес ребенка. Однако недоношенность не может рассматриваться в отрыве от той причины, которая ее обусловила (см. гл. V).

Борьба с недонашиванием беременности поэтому является одним из существенных элементов профилактики мертворождения и ранней детской смертности.

Врач женской консультации должен уметь индивидуально оценивать состояние здоровья каждой беременной женщины, выявлять все отклонения от нормы, дать им должную оценку и найти правильное решение в отношении предупреждения возможного неблагоприятного исхода беременности для плода.

## ГЛАВА V

### ПРИЧИНЫ И ПРОФИЛАКТИКА НЕДОНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Проблема недонашивания вплоть до настоящего времени не может считаться решенной. Прежде всего это касается причин недонашивания. Распространенное деление их на причины «со

стороны матери», «со стороны плода» и «со стороны плодного яйца» в настоящее время нас удовлетворить не может. Нельзя признать самостоятельными причины «со стороны плода» или «со стороны плодного яйца», поскольку внутриутробное развитие плода (плодного яйца) целиком и полностью зависит от организма матери. Это относится, например, к порокам развития плода, возникновение которых, по современным представлениям, во многих случаях связано с инфекционным заболеванием матери. Сказанное относится также и к таким причинам недонашивания, как аномалии прикрепления плаценты, неправильное положение плода, многоводие, в основе возникновения которых лежит патология матери. Многие из таких причин «со стороны плода» или «со стороны плодного яйца» являются терминальными состояниями, истинная причина возникновения которых заложена в материнском организме. Порочность приведенной классификации состоит еще и в том, что она не способствует выяснению истинных причин недонашивания беременности. Установив, например, что причиной гибели ребенка является анэнцефалия, т. е. его уродство, не совместимое с жизнью, формально врач будет прав. Однако, если он не учтет, что анэнцефалия (как и подавляющее большинство уродств плода) возникает обычно в результате внутриутробного заболевания плода в первые месяцы беременности, чаще всего в связи с инфекцией матери (листериоз, токсоплазмоз и др.), и не примет соответствующих мер, то при последующей беременности данное осложнение может снова повториться.

Также нецелесообразно делить, как это предлагают некоторые авторы, причины недонашивания на «предрасполагающие» и «разрешающие» (И. М. Брауде) или «основные, или предрасполагающие, и дополнительные, или производящие» (В. И. Константинов). В разных случаях одни и те же причины могут оказаться в роли «предрасполагающих» или «производящих».

Нам представляется целесообразным систематизировать все возможные причины недонашивания беременности в следующих шести группах:

1. Инфекционные заболевания матери.
2. Осложнения, связанные с беременностью.
3. Травматические повреждения.
4. Изосерологическая несовместимость крови матери и плода.
5. Аномалии развития женской половой сферы.
6. Разные неинфекционные заболевания матери.

Инфекционные заболевания матери занимают, как показали исследования последних лет, одно из первых мест среди причин недонашивания беременности. Механизм действия инфекции в разных случаях бывает различным. Надо учесть, что почти все ее виды проходят через плацентарный барьер. Поэтому при общих инфекционных заболеваниях патогенными факторами могут быть как сами бактерии, вирусы или простейшие микроор-

ганизмы, так и их токсины, а при острых лихорадочных заболеваниях еще и гипертермия. Преждевременное прерывание беременности может наступить в результате внутриутробного заболевания плода, или в связи с поражением инфекцией околоплодных оболочек, плаценты, самой матки, или благодаря преждевременному возбуждению сокращений последней под влиянием гипертермии и других причин. Может быть и сочетание этих факторов. Помимо таких общеизвестных инфекций, как грипп, тифы, сифилис, малярия, могущих привести к недонашиванию беременности, большое значение в настоящее время придается и таким заболеваниям, как листериоз, токсоплазмоз, краснуха и бруцеллез. Их распознавание производится на основании данных клиники, подкрепленных серологическим, бактериологическим, а в отдельных случаях — патоморфологическим и рентгенологическим исследованием.

Инфекционные заболевания с самого начала могут быть местными. Из них чаще всего причиной недонашивания беременности являются воспалительные заболевания женской половой сферы и их последствия, как, например, девиации матки (особенно ретродевиация в связи с наличием спаек), ее метритические изменения, хронический эндоцервицит, создающий условия для восхождения инфекции, и др. Из других местных инфекционных заболеваний матери прежде всего необходимо иметь в виду пиелит, нефрит и аппендицит.

Следует также учесть, что причиной недонашивания беременности может быть глистная инвазия, в частности аскаридоз (Е. Т. Рзаева, А. И. Ушакова).

Осложнения, связанные с беременностью, являются также нередкой причиной преждевременного прерывания беременности. К ним относится токсикоз беременности как ранний, так и поздний. Практика показывает, что в ряде случаев при позднем токсикозе недонашивание беременности наступает не только и не столько от этого осложнения беременности, сколько от хронического заболевания, на фоне которого токсикоз возник. К преждевременному прерыванию беременности могут повести многоводие, преждевременное вскрытие плодного пузыря, предлежание или низкое прикрепление плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, неправильные положения плода. Однако в таких случаях надо помнить, что приведенная патология своим происхождением обязана другим причинам. Так, например, многоводие, по мнению ряда исследователей, возникает в результате внутриутробной инфекции плаценты, околоплодных оболочек и плода (В. В. Иванова, Бэрри, Морен). Этим обстоятельством можно объяснить частое сочетание многоводия и уродства плода. Аномалии прикрепления плаценты могут возникнуть на почве поражения инфекцией эндометрия. Так, например, Н. Т. Раевская установила, что при бруцеллезе в связи с воспалительными изменениями в слизистой

оболочке матки в 6 раз чаще наблюдается предлежание плаценты. Равным образом в основе возникновения преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты могут лежать такие заболевания, как бруцеллез (Н. Т. Раевская), нефрит, гипертоническая болезнь и др. Неправильное положение плода в матке также не является самостоятельно возникшей патологией, а может зависеть от аномалии развития матки, субмукозной фибромиомы, неправильного прикрепления плаценты и от других причин. Иногда преждевременные роды наступают при многоплодии.

Травматические повреждения в широком смысле этого слова довольно часто являются причиной преждевременного прерывания беременности. Травма может быть психической и физической. На возможность наступления спонтанного аборта или преждевременных родов под влиянием психической травмы указывают такие примеры, как частое прерывание беременности под влиянием взрыва порохового погреба в Париже, во время блокады Ленинграда, в период Ашхабадского землетрясения, а также отдельные случаи недонашивания, наступившего в связи со смертью близкого человека, семейных коллизий и пр. Что касается физической травмы, то она как причина недонашивания встречается значительно чаще. При этом одно из последних мест занимает такой вид травмы, как ушибы, падения. На первом месте стоит травма самой матки, в первую очередь от операции искусственного аборта. При аборте сначала травмируются расширителями шейка матки, что может быть в дальнейшем причиной возникновения привычного недонашивания. В этом отношении за последнее время ряд авторов обратили внимание на значение неполноценности шейки матки и особенно ее внутреннего зева в патогенезе недонашивания беременности (Мей, Ганс и Эккерлинг, О'Дрисолли, Захарин и др.). Ганс и Эккерлинг (1960) указывают на следующие признаки шеечной «недостаточности»: воронкообразная ее форма, установление (с помощью зондирования) расширения или разрыва внутреннего зева, прохождение без сопротивления через внутренний зев расширителя Гегара № 6, определение при гистеро-сальпингографии широкого внутреннего зева, а при осмотре во время беременности — выявление укороченной влагалищной части шейки матки и зияния внутреннего зева. Кроме шейки матки аборт травмирует тело матки, рецепторы ее полости, что в дальнейшем может обусловить наступление выкидыша (М. А. Петров-Маслаков, И. Ф. Жрданиа). Хирургическая травма матки может быть результатом кесарева сечения, консервативной миомэктомии, перфорации при аборте.

Следует больше внимания в патогенезе недонашивания беременности уделять выраженным родовым разрывам шейки матки, которые, вызывая зияние наружного зева, иногда цервикального канала, создают благоприятные условия для восхож-

дення инфекции и преждевременного разрыва плодного пузыря. Известна большая частота недонашивания при шеечно-влагалищных свищах.

Изосерологическая несовместимость крови матери и внутриутробного плода как причина недонашивания беременности установлена сравнительно недавно. Чаще всего это наблюдается при несовместимости крови по резус-фактору, но может иметь место и при несовместимости крови по другим факторам, как, например, по группе крови АВО или по фактору Нг и др. Наибольшее практическое значение имеет несовместимость крови по резус-фактору. Однако не следует переоценивать значения этого фактора. Установление при спонтанном аборте или преждевременных родах резус-отрицательной крови у матери еще не свидетельствует о связи этого с недонашиванием. Говорить о связи изосерологической несовместимости с недонашиванием можно лишь тогда, когда у родившегося плода устанавливается заболевание гемолитической болезнью или в случаях наличия в крови матери резус-антител и исключения других возможных причин недонашивания.

Аномалии развития женской половой сферы (главным образом матки) несомненно могут лежать в основе преждевременного самопроизвольного прерывания беременности. Однако удельный вес в недонашивании этой причины не так велик, как это представляется некоторым авторам. Равным образом трактовка механизма возникновения недонашивания при этой патологии не всегда является правильной. Как показала Л. Д. Ярцева на большом клиническом материале, порок развития матки является частным проявлением неполноценности женского организма в целом. Доказательством этому является установление у лиц, имеющих порок развития матки, в 26% аномалий развития почек, в 24,7% аномалий развития пояснично-крестцового отдела позвоночника, в 14,3% аномалий развития молочных желез, в 17,1% — анатомического сужения таза и др. Следовательно, причину возникновения недонашивания беременности у этого контингента женщин нельзя рассматривать как результат анатомо-функциональных особенностей органов только половой сферы и, в частности, только матки. Причина здесь может быть более глубокой и крыться в нарушенном обмене веществ и в патологии других органов и систем.

С другой стороны, не следует переоценивать роли и значения аномалий развития половой сферы в отношении прогноза беременности. Нам неоднократно приходилось слышать от пациенток упреки в адрес лечащих их врачей, которые, установив у них наличие, например, инфантильной матки, заранее предсказывали если не бесплодие, то неблагоприятный исход беременности. Следует учесть, что аномалии развития органов половой сферы формируются на ранних этапах развития ребенка. Причина их возникновения в дальнейшем, как правило, отсутствует

и мы имеем дело с остаточными явлениями перенесенного заболевания. Поэтому самый факт обнаружения патологии развития органов половой сферы не говорит об обязательной связи его с недонашиванием. По данным Л. А. Решетовой, аномалии развития половой сферы как причина недонашивания беременности составили 13,8% к общему числу лиц с угрожающим недонашиванием, а по материалам Л. Д. Ярцевой угрожающее недонашивание у беременных с пороком развития матки было в 37,6%.

Разные неинфекционные заболевания женщины как возможная причина недонашивания носят разнообразный характер. К ним относятся: гипертоническая болезнь, хронические интоксикации (бензолом, свинцом, никотином и пр.), эндокринные заболевания (диабет, базедова болезнь, болезнь Иценко — Кушинга), удаление одного яичника в прошлом (Р. А. Курбатова), гиповитаминозы А, В<sub>1</sub>, С, Е, фибромиома матки, киста яичника, функциональные расстройства нервной системы и др.

Таким образом, в основе преждевременного прерывания беременности лежат вполне реальные причины, распознать которые в каждом конкретном случае является первой задачей лечащего врача. К сожалению, это не всегда удается. В части случаев, даже в условиях стационара, причина недонашивания остается невыясненной.

Однако это не дает основания ссылаться на «наследственный недостаток» плодного яйца (Микер) или «крайнюю неполноценность зародыша» (Гертиг и Ливингстон), как это делают некоторые зарубежные ученые.

Большое значение в деле профилактики преждевременного прерывания беременности является выявление беременных с ранними признаками угрожающего недонашивания или с потенциальной угрозой недонашивания и своевременное их лечение. К последней группе относятся лица, имевшие недонашивание в анамнезе, особенно привычное (два и более подряд недонашивания беременности), а также те беременные женщины, которые в настоящее время имеют вышперечисленные заболевания, могущие быть причиной самопроизвольного аборта или преждевременных родов.

Что касается ранних признаков угрожающего недонашивания, то они могут носить различный характер: повышение возбудимости и тонуса матки, боли в низу живота или в пояснице, кровянистые выделения из половых путей, укорочение влагалищной части матки, та или иная степень раскрытия наружного зева и проходимости цервикального канала и др. Некоторые авторы для целей диагностики угрожающего недонашивания беременности пользуются определением в крови и моче гормонов и цитологией влагалищных мазков. Клинически различают «угрожающий», «начинающийся», «в ходу» аборт или преждевременные роды, что характеризует ту или иную степень разви-

тия процесса. Особую клиническую форму недонашивания беременности составляет так называемый несостоявшийся выкидыш (missed abortion).

Совершенно очевидно, что, ставя перед собой задачу предупредить преждевременное прерывание беременности, врач должен прежде всего стараться выявить и устранить ту основную причину, которая по его предположению, могла лежать в основе недонашивания. Для этого беременная женщина должна быть всесторонне обследована. С другой стороны, в случае появления симптомов угрожающего недонашивания врач обязан принять меры к остановке уже развившегося процесса. Установив наличие признаков угрожающего недонашивания беременности, врач должен направить женщину в стационар. Ниже приводится перечень средств, рекомендуемых для лечения таких больных.

Разными авторами для лечения угрожающего недонашивания беременности предложено большое число средств и методов. Многие из них в руках самих авторов оказываются высокоэффективными. Несмотря на это, до последнего времени идут поиски новых.

К сожалению, не всегда оказывается возможным установить истинную причину недонашивания беременности, а установив такую, не всегда удается ее устранить (например, аномалии прикрепления плаценты). Кроме того, в ряде случаев для устранения выявленной у беременной причины требуется длительное время (например, лечение хронического заболевания). Все это приводит к тому, что при наличии угрожающего недонашивания причинная терапия оказывается иногда невозможной. Этим объясняется существование большого арсенала средств патогенетического воздействия или симптоматического лечения. Мы укажем лишь на те из них, которые могут быть при определенных условиях использованы в женской консультации и эффективность которых проверена практикой.

1. Гормонотерапия. Наибольшее распространение получил прогестерон, который вводится внутримышечно ежедневно по 5—10 мг (1—2 ампулы) в общей дозе на курс лечения 100—150 мг. Некоторые авторы рекомендуют значительно большие дозы прогестерона до 100 мг на одну инъекцию (Герман и Гейзер). Однако имеются исследования, указывающие на опасность для жизни плода передозировки гормона желтого тела (А. Э. Мандельштам и М. Чайковский, Е. П. Павлов). За последние годы начинают внедряться в практику лечения угрожающего недонашивания беременности беременности эстрогенные гормоны, считавшиеся ранее abortивными средствами. У нас в Союзе с успехом лечил эстрогенами беременных с угрожающим недонашиванием П. Г. Шушания. Больные получали ежедневно от 10 до 20 мг эстрогена в виде внутримышечных инъекций 2%-ного масляного раствора синэстрола, а всего на курс лечения (8—10

дней) от 100 до 200 мг. Результаты оказались благоприятными. Герман и Гейзер, считая, что эстрогены усиливают в организме продукцию гормона желтого тела, рекомендуют пользоваться стильбэстролом per os 3 раза в день по 5 мг ежедневно, прибавляя по 5 мг и доводя суточную дозу до 30 мг. Лечение продолжается 6 недель. Ряд авторов советуют проводить лечение недонашивания сочетанное — эстрогенами и прогестероном. Получил распространение для лечения угрожающего недонашивания беременности прегнин, или этинил-тестостерон, — производное мужского полового гормона (тестостерона), обладающий прогестероновой активностью. Его действие в 5 раз слабее действия прогестерона. Поэтому он назначается по 1—2 таблетки 3 раза в день под язык в продолжении 2—3 недель. По данным Р. М. Морозовой, прегнин дает наилучший эффект при угрожающем недонашивании беременности больших сроков. При недонашивании у женщин с наличием аномалии развития половой сферы или симптомами адиссонизма (гипотония, адинамия, астения) рекомендуется лечение препаратами надпочечника: кортин по 1 мл ежедневно внутримышечно, всего 6—10 дней, или дезоксикортикостерон ацетат ежедневно внутримышечно по 5 мг (1 мл), всего также 6—10 дней (С. М. Беккер, Л. Д. Ярцева).

Практика показала, что терапевтический эффект гормонального лечения усиливается при назначении одновременно витаминов (Р. Л. Шуб). Особого внимания заслуживает витамин Е, который назначается по 15—20 мг ( $1/2$  — 1 чайной ложке) 1—2 раза в день. Можно в отдельных случаях пользоваться для лечения одним витамином Е. В. И. Константинов рекомендует его применять у тех беременных, у которых этиология и патогенез недонашивания остаются неизвестными, а также в случаях наличия у беременных функциональных расстройств. Т. Д. Калиниченко обосновывает терапию витамином Е, снижением его содержания в крови при угрожающем прерывании беременности. А. Б. Пластунов с успехом лечил угрожающее недонашивание беременности никотиновой кислотой (витамином РР), которая вводилась внутривенно от 3 до 5 мл 1%-ного раствора (всего 3—8 вливаний); некоторые больные получали его внутрь по 0,05—0,1 г 2 раза в день.

2. Средства, воздействующие на нервную систему с целью нормализации ее функциональных нарушений при угрожающем недонашивании. К числу таких средств относится лечение бромом и кофеином (Д. А. Кинчий, А. Б. Пластунов, Г. П. Лисица) по той же прописи, как и при терапии рвоты беременных. Бромистый натрий 1—2%-ный раствор дают иногда внутрь по 1 столовой ложке 3 раза в день (И. Ф. Жордания). Л. А. Решетова имела благоприятный эффект при лечении недонашивания диатермией солнечного сплетения (при сроке беременности до 16 недель) или окологпочечной области (при беременности боль-



ших сроков). Сила тока варьировала от 0,3 до 0,5 А, продолжительность сеанса — 20—30 минут, число сеансов на курс лечения было 6—10, в отдельных случаях 12—20. М. И. Гребенюк пользовался для лечения угрожающего недонашивания ионофорезом 1%-ного раствора новокаина при силе тока не более 5mA и продолжительности сеанса 15—20 минут. Один электрод (активный) накладывался на живот над лоном, второй — в область правого подреберья. Н. С. Бакшеев и Ю. Ю. Бобик советуют применять при угрожающем недонашивании советский препарат тропацин, учитывая его свойства расслаблять гладкую мускулатуру и понижать чувствительность тканей к ацетилхолину. Тропацин назначается по 0,02 г 2 раза в день в порошках. Одновременно назначается витамин С, а иногда витамин Е. Курс лечения у большинства больных колебался от 3 до 10 дней. К числу других средств, применяющихся для лечения угрожающего недонашивания беременности, относятся препараты опия (внутри, в свечах, в клизмочках), глюкоза с аскорбиновой кислотой, папаверин, викасол, промедол, пантопон и пр.

Наш опыт показал, что в случаях привычного недонашивания, когда у беременной при обследовании выявляются данные, указывающие на наличие хронической инфекции неясной природы как возможной причины недонашивания, благоприятный эффект достигается сочетанным введением биохиноля (3 мл внутримышечно 1 раз в 3 дня, всего 6—10 инъекций) и антибиотиков (В. С. Дорохина, А. С. Чиркова). При этом мы исходили из данных практики, показавшей, что биохиноль имеет широкий диапазон антибактериального воздействия, оказывая терапевтический эффект при разных заболеваниях. Необходимо иметь в виду противопоказания к применению биохиноля: болезни почек, диабет, геморрагические диатезы, далеко зашедший туберкулез, декомпенсация сердечной деятельности, гингивит, стоматит, амфодонтоз, повышенная чувствительность к хинину (М. Д. Машковский).

За последнее время за рубежом стали применять с целью профилактики преждевременного прерывания беременности у лиц с недостаточностью шейки матки хирургическое лечение — наложение на шейку матки проволочного или из специального волоса шва на уровне внутреннего зева с целью сужения шейечного канала. Операция производится на 3—4-м месяце беременности и шов снимается в конце 9-го месяца беременности или раньше, если раньше наступают роды (Ганс и Эккерлинг, Захарин и др.). Само собою разумеется, что это лечение проводится в условиях стационара, так же как и лечение угрожающего недонашивания беременности новокаиновой блокадой по Вишневному, рекомендуемое Я. А. Дульциным.

Что касается ведения беременных с несостоявшимся выкидышем, то разные авторы держатся разных точек зрения: одни рекомендуют активное опорожнение матки путем назначения

стимулирующих матку средств с последующим при необходимости инструментальным опорожнением матки. Другие (в том числе и мы) придерживаются выжидательной позиции, не вмешиваясь при отсутствии к тому показаний (появление кровянистых выделений, ухудшение общего состояния). Следует учесть, что при активном вмешательстве иногда наступает угрожающее жизни кровотечение, с которым нелегко бывает справиться, особенно учитывая, что при этом осложнении может иметь место гипофибриногенемия.

Таким образом, лечение угрожающего недонашивания должно быть комплексным. В этот комплекс как обязательные ингредиенты входят: выяснение причины угрожающего недонашивания (и ее, по возможности, устранение), обеспечение охранительного режима беременной, патогенетическая терапия одним из указанных выше средств или методов, применение симптоматического лечения.

В тех случаях, когда имеет место привычное недонашивание и когда у беременной нет признаков угрожающего недонашивания, постельное содержание не обязательно. Если имеет место начавшееся преждевременное прерывание беременности, а тем более аборт или преждевременные роды в ходу, больная должна быть немедленно направлена в стационар.

## ГЛАВА VI

### ИЗОАНТИГЕННАЯ НЕСОВМЕСТИМОСТЬ КРОВИ МАТЕРИ И ПЛОДА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Эритроциты человека содержат много антигенов. В настоящее время известно не менее 28 таких специфических антигенов, распределенных по девяти системам факторов крови (Доссе). Эти антигены могут вызывать, как при приобретенном иммунитете, образование антител у лиц, эритроциты которых лишены соответствующего антигена. Однако не все антигены обладают одинаково выраженной способностью вызывать состояния сенсибилизации, и поэтому их практическое значение различно. Выраженной антигенной активностью, наряду с групповыми антигенами системы АВО, обладают факторы системы резус и некоторые другие. В клинической практике чаще приходится сталкиваться с осложнениями, обусловленными изосенсибилизацией именно этими факторами. К ним относятся осложнения при переливании крови, когда антитела, имеющиеся в крови реципиента, разрушают эритроциты донора, а также гемолитическая болезнь новорожденных.

Иммунологическая природа гемолитического заболевания новорожденных была выяснена вскоре после открытия Ландштейнером и Винером антигена крови, идентичного антигену эрит-

роцитов обезьян *Macacus rhesus* и названного поэтому резус-фактором. Этот антиген содержится у 85% людей в эритроцитах и их кровь обозначается, как «резус-положительная». У 15% людей этот фактор отсутствует и их кровь считается «резус-отрицательной».

Появление антител в организме резус-отрицательного человека происходит при условии иммунизации его эритроцитами, содержащими резус-фактор.

Это может произойти, например, при переливании или внутримышечном введении резус-положительной крови человеку с резус-отрицательной кровью.

Впервые в 1941 г. Левин показал, что гемолитическое заболевание новорожденных является результатом изоиммунизации резус-отрицательной женщины резус-фактором ее плода, наследуемым им от отца. Это происходит при проникновении в кровяное русло женщины резус-положительных эритроцитов плода при нарушении целостности ворсин плаценты, что может иметь место при беременности и происходит обычно в родах. В крови беременной женщины появляются специфические резус-антитела, которые проникают через плаценту к плоду, вызывают гемолиз его эритроцитов и последующее развитие гемолитической болезни. Поступление резус-антигена плода в кровь матери начинается не ранее 3-го месяца беременности, а явления изоиммунизации развиваются обычно во второй ее половине (В. А. Струков). Поэтому от первой беременности обычно рождается здоровый ребенок, так как для развития заболевания необходимо, чтобы в крови матери имелись в достаточном количестве активные антитела. Массивное поступление резус-положительных эритроцитов ребенка в кровь матери происходит особенно во время родов, что приводит к значительному усилению сенсibilизации и нарастанию количества антител в послеродовом периоде. Поэтому у детей, родившихся от последующих беременностей, может скорее развиваться гемолитическое заболевание. Повторные беременности способствуют нарастанию явлений изосенсibilизации, и (теоретически) с каждой последующей беременностью заболевание детей становится все более тяжелым.

Механизм развития разных клинических форм гемолитической болезни (анемической, желтушной, отечной) точно не выяснен. Предполагают, что эти клинические формы соответствуют различным степеням поражения.

Согласно теоретическим расчетам, гемолитическое заболевание должно было поражать каждого 10-го ребенка. На самом деле, оно встречается только у одного на 25—30 случаев родов у женщин с резус-отрицательной кровью. Это зависит от того, что не все резус-отрицательные женщины одинаково чувствительны к резус-фактору и не у всех при беременности резус-положительным плодом развиваются явления изоиммунизации.

С другой стороны, известно, что заболевают и перворожденные дети. В таких случаях удается выявить предшествующую сенсибилизацию переливанием резус-положительной крови или гетерогемотерапией иногда задолго до наступления беременности.

Клинические наблюдения показали, что женщины, сенсибилизированные переливанием резус-положительной крови, обладают повышенной чувствительностью к резус-фактору плода (Т. Г. Соловьева, А. И. Антонов и др.). Дети, родившиеся у таких женщин, чаще заболевают гемолитической болезнью, и течение ее отличается большей тяжестью (Г. П. Полякова).

Известны случаи, когда у изосенсибилизированной резус-отрицательной женщины, имевшей повторные роды резус-положительными детьми, больными гемолитическим заболеванием, рождается здоровый ребенок, обладающий резус-отрицательной кровью, что возможно, если отец ребенка гетерозиготен.

В настоящее время известно о существовании различных типов резус-антигена:  $Rh_0$ ,  $Rh'$ ,  $Rh''$ , объединенных в одну систему резус. Определение резус-принадлежности производится по наличию в крови фактора  $Rh_0$ . Изосенсибилизация чаще всего вызывается  $Rh_0$  фактором и реже бывает связана с факторами  $Rh'$  и  $Rh''$ , каждый из которых может все же вызывать образование специфических антител. К системе резус-фактора относится и открытый Левиным и Джавертом в 1943 г. фактор  $Hg$ . В настоящее время различают три его разновидности. Женщины с резус-положительной кровью, у которых отсутствует фактор  $Hg$  ( $Hg$ -отрицательные), могут быть сенсибилизированы этим фактором во время беременности или при переливании крови, вследствие чего может развиваться гемолитическое заболевание новорожденного, обусловленное несовместимостью крови матери и плода по  $Hg$ -фактору. В литературе имеются описания таких случаев гемолитического заболевания.

В Институте акушерства и гинекологии АМН СССР за два года наблюдались четыре резус-положительные женщины, у которых отсутствовал в крови  $Hg$ -фактор и имелись признаки изосенсибилизации (определялись иммунные антитела — анти- $Hg$ ). У двух из них родились здоровые  $Hg$ -отрицательные дети, и у двух  $Hg$ -положительные дети были поражены тяжелыми формами гемолитической болезни (отечная и желтушная формы).

В последнее время описано гемолитическое заболевание новорожденных, обусловленное несовместимостью крови матери и плода по системе АВО. Эта болезнь, аналогичная в общем заболеванию, вызываемому резус-конфликтом, отличается рядом особенностей. К ним относится сравнительная частота поражения детей, рожденных от первой беременности, довольно легкое течение заболевания и более благоприятный прогноз. Чаще заболевание развивается у женщин, имеющих кровь группы О и иммунизированных антигеном А благодаря наличию у плода крови группы А. Антиген А широко распространен в природе и

вероятность сенсибилизации им велика. Она может развиваться в течение всей жизни женщины благодаря введению не только крови, но и при применении различных сывороток, при производстве прививок.

Имеются описания развития заболевания у детей, матери которых имели кровь групп А и В.

Гемолитическая болезнь новорожденных, обусловленная несовместимостью по системе АВО, сопровождается значительным повышением в сыворотке матери титра иммунных антител анти-А и анти-В (И. А. Штерн), но нередко серологические исследования не позволяют с полной достоверностью установить связь заболевания с иммунизацией антигенами системы АВО (Доссе).

Клиническими наблюдениями установлено, что у изосенсибилизированных женщин можно отметить целый ряд отклонений от нормального течения беременности. Наиболее подробно описаны осложнения беременности, развивающейся при резус-сенсибилизации (И. А. Штерн, М. А. Королева, Л. С. Павлова, Р. С. Мирсагатова и др.), которая является причиной не только гемолитического заболевания новорожденных, но и нередкой причиной антенатальной гибели плода и повторного самопроизвольного прерывания беременности (Д. А. Верхратская, Л. Ф. Рожнова, М. А. Петров-Маслаков). У изосенсибилизированных женщин при беременности наблюдается более частое развитие токсикоза как раннего, так и позднего, развитие гипохромной анемии, сосудистой гипотонии, появление кровянистых выделений при беременности и кровотечений в родах. У изосенсибилизированных беременных нередко развивается нарушение функции печени.

К проявлениям изосенсибилизации относят и такие явления, как частые головокружения, обмороки, боли в низу живота, общая слабость, значительное снижение тонуса матки (Р. С. Мирсагатова). Со стороны плода также отмечается иногда появление ряда симптомов, имеющих клиническое значение: усиление двигательной активности плода или, наоборот, резкое ослабление его шевеления, а также изменение сердцебиения.

Эти симптомы могут говорить о нарушении жизнедеятельности плода любого происхождения, в том числе и о развитии у него гемолитической болезни, и заслуживают самого пристального внимания и изучения со стороны врача-акушера.

Изучение анамнеза больной, где могут быть указания на переливание крови, повторные мертворождения, привычное недонашивание, рождение детей с признаками гемолитической болезни, а также наличие указанных выше осложнений и отклонений в течении беременности должны насторожить внимание врача в отношении возможной изосенсибилизации.

Для установления факта изосенсибилизации и ее степени необходимо исследовать кровь женщин на групповую и резус-

принадлежность, на наличие резус-антител и групповых антител и других антител (по факторам Hg, Kell и др.). Для выявления гетероспецифической беременности, при которой имеется большая вероятность изосенсибилизации, необходимо исследовать кровь предполагаемого отца ребенка и установить наличие антител в крови матери по отношению к его эритроцитам.

Нахождение в крови специфических антител, высота их титра и динамика нарастания свидетельствуют о степени изосенсибилизации женщины и в известной мере определяют прогноз в отношении развития гемолитической болезни у новорожденного. Нужно иметь в виду, что при изоиммунизации нет прямой зависимости между высотой титра антител и тяжестью поражения плода и новорожденного (Т. Г. Соловьева, Г. П. Полякова и др.).

При высоком титре антител, конечно, чаще можно ожидать тяжелое течение гемолитического заболевания, но и при низком титре и даже при отсутствии выявленных антител в крови матери может развиваться тяжелое заболевание плода. Несмотря на это, при беременности у изосенсибилизированных женщин рекомендуется повторно определять титр антител и его нарастанию придавать серьезное значение.

В настоящее время разработаны впервые предложенные Рашка, Даймонд и Винер методы лечения гемолитических заболеваний новорожденных обменными переливаниями резус-отрицательной крови в случаях резус-конфликта и специально подобранной кровью в случае несоответствия крови по системе АВО и другим факторам.

В сочетании с медикаментозным и гормональным лечением (АКТГ) этот метод дает ободряющие результаты как в отношении снижения процента детской летальности при тяжелых формах гемолитической болезни, так и в отношении уменьшения более редких неврологических последствий болезни у детей.

Профилактика гемолитической болезни заключается в проведении ряда организационных мероприятий, направленных на предупреждение сенсибилизации, а также системы лечебно-профилактических мероприятий, проводимых при беременности. В основном это касается резус-сенсибилизации.

К организационным мероприятиям следует отнести обязательное исследование на резус-принадлежность всех беременных женщин, что дает возможность взять на особый учет резус-отрицательных женщин, не допустить у них переливания несоместимой крови и с ранних сроков беременности начать применение профилактических мероприятий. Необходимо разъяснять беременным женщинам значение резус-фактора в исходе беременности с тем, чтобы способствовать сохранению первой беременности и обеспечить аккуратное посещение беременными женской консультации.

К таким же организационным мероприятиям относятся и запрещение переливаний крови и проведения гетерогемотерапии

у девочек и женщин без определения резус-принадлежности и проведения специальной пробы на индивидуальную совместимость крови донора и реципиента.

Лечебно-профилактические мероприятия, проводимые различными авторами у беременных, при уже имеющейся изосенсибилизации, многочисленны и разнообразны. Они могут быть разделены на средства, направленные на понижение способности к выработке антител организмом беременной женщины, и средства, ограждающие плод от вредного влияния антител (С. М. Беккер).

В настоящее время мы не располагаем методами устранения или уменьшения опасности сенсибилизации при беременности.

Одна из попыток устранения вредного действия сенсибилизации на плод заключалась в том, что резус-отрицательной женщине вводилась резус-положительная кровь мужа в расчете на фиксацию антител и истощение способности их образования (Броман), но эта мера только увеличивала сенсибилизацию и усиливала тяжесть осложнений.

Заслуживают внимания попытки лечения, основанные на принципе конкуренции антигенов, установленном Ландштейнером. Согласно этому принципу, образование антител вызывает только более сильный антиген. С целью подавить способность выработки резус-антител организмом беременной женщины, ей вводилась тифозно-паратифозная или противококклюшная вакцина, как более активный, чем резус-фактор, антиген (Винер).

На том же принципе основано предложенное Р. Попивановым лечение повторными введениями резус-отрицательной женщине небольших количеств иногруппной резус-отрицательной крови, в расчете на то, что более сильный групповой антиген будет вызывать образование специфических антител, а выработка резус-антител будет подавляться.

Оба эти метода не дали ожидаемого эффекта. Наибольшее число рекомендаций направлено на ограждение плода от вредного воздействия на него резус-антител.

С целью удаления антител, циркулирующих в крови матери, производились (Винер) эксангвинационные переливания крови (выведение 500 мл крови с последующим переливанием 500 мл резус-отрицательной, не содержащей антител крови). При этом удавалось только временно снизить титр антител, но не предотвратить развитие заболевания.

Большие надежды связывались с лечением резус-гаптенем (Картер), который является фракцией антигена, способной связывать антитела, но лишенной антигенных свойств. Но попытки лечебного применения гаптена не дали эффекта, так как не удалось еще получить препарат, отвечающий полностью этим требованиям.

Считая, что повышение сократительной способности матки

усиливает процесс перехода резус-фактора к матери и резус-антител к плоду через плаценту, Гофман и Эвардс предложили применять прогестерон, назначая его в сочетании с витамином К.

Благоприятные результаты получила Р. С. Мирсагатова от применения витамина Е в сочетании с богатой витаминами пищей, оксигенотерапией и введением глюкозы.

И. А. Штерн, М. А. Королева, Л. С. Павлова подчеркивают значение функционального состояния печени и рекомендуют печеночную диету, а также защищающую печень терапию (метионин, комполон) при беременности.

Л. В. Тимошенко получила хорошие результаты от повторного (третьего) курса ультрафиолетового облучения беременных с резус-отрицательной кровью, в некоторых случаях в сочетании с повторным переливанием одногруппной или нулевой резус-отрицательной крови.

Изучается эффективность противоаллергических и десенсибилизирующих препаратов антистина (Гиршфельд), цитрала (М. А. Королева).

Применяются и гормональные препараты (АКТГ, кортизон) в расчете на снижение под их воздействием выработки антител.

На основании предположения о возможности повышения сопротивляемости внутриутробного плода к вредному воздействию антител в ИАГ АМН СССР была разработана система лечения резус-отрицательных женщин, давшая ободряющие результаты. Повторно (тремя курсами при беременности) проводится лечение беременных женщин сочетанием витаминов С, Е, Р, К с внутривенными введениями глюкозы, оксигенотерапией и диатермией окологречной области. Каждый курс состоит из 10—12 сеансов диатермии окологречной области (сила тока 0,5—0,8 А, длительность процедуры 20—30 минут) и ежедневных внутривенных вливаний 20 мл 40%-ного раствора глюкозы.

В течение этих же 10 дней назначаются рег ос витамины С, Р, К. Витамин Е рекомендуется принимать в течение всей беременности по полчайной ложки 2 раза в день. Указанное лечение проводится амбулаторно. Госпитализация производится при появлении признаков угрожающего недонашивания, а также в сроки прерывания предыдущих беременностей при привычном недонашивании.

Все женщины обязательно госпитализировались за 3—4 недели до родов для того, чтобы в клинических условиях пройти подготовку к родам и для выбора времени (при появлении показаний) досрочного прерывания беременности.

В настоящее время одним из действенных и общепринятых методов является досрочное прерывание беременности (Винер, Векслер, Поттер и др.).

Досрочное прерывание беременности производится при нарастании признаков изосенсибилизации, когда можно ожидать



развития гемолитического заболевания у новорожденного. Обосновано оно тем, что в конце беременности нарастает титр антител, которые в большом количестве поступают к плоду и способствуют развитию более тяжелых форм заболевания при повышенной чувствительности плода в это время к вредному воздействию антител.

Прерывание беременности производится методами медикаментозной родостимуляции не ранее, чем за 4—5 недель до предполагаемого срока родов, с расчетом получить вполне жизнеспособный плод, у которого можно будет применить при необходимости обменное переливание крови.

В последнее время большинство исследователей отказались от применения с целью прерывания беременности абдоминального кесарева сечения, ввиду того, что дети, полученные таким путем, гораздо чаще погибают от гемолитической болезни, чем при родоразрешении *per vias naturales*.

Кроме того, кесарево сечение нередко может оказаться напрасным, так как ребенок может быть резус-отрицательным, или же, в силу тяжелого поражения гемолитической болезнью, нежизнеспособным.

Кесарево сечение может быть рекомендовано только в исключительных случаях у женщин с отягощенным акушерским анамнезом (при учете возраста беременной).

Вопросы терапии и профилактики осложнений беременности у изосенсибилизированных женщин имеют большое практическое значение. Несмотря на то, что этот вопрос не может считаться до конца изученным, имеющийся опыт дает тем не менее возможность применить ряд лечебно-профилактических мероприятий, направленных на снижение частоты потери детей.

## ГЛАВА VII

### ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ

Под названием «токсикозы беременных» объединяется ряд заболеваний, которые возникают при беременности, осложняют ее течение и, как правило, прекращаются с окончанием или ликвидацией беременности, в отдельных случаях — в первые дни после родов.

Истинная причина токсикоза не установлена. Для ее объяснения предложены многочисленные теории, из которых наибольшего внимания заслуживают аллергическая, гормональная и нейрогенная.

Токсикозы беременных делятся на две основных группы: ранние токсикозы, возникающие обычно в первую половину беременности, для которых наиболее характерным являются нарушения пищевых рефлексов, и поздние токсикозы, присоеди-

няющиеся (за редкими исключениями) ко второй половине беременности, для которых наиболее типичным являются сосудистые расстройства.

### РАННИЕ ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ

Наиболее частой клинической формой раннего токсикоза является «рвота беременных», которая может быть выражена в легкой, средней и тяжелой степенях. Наиболее тяжелая рвота неправильно называется «неукротимой». Она тоже поддается излечению.

Рвота у беременных наблюдается часто, однако лечению поддается не более 6—14,9%. (И. М. Львов, А. А. Лебедев). Это относится к тем беременным, у которых рвота сопровождается неудерживанием пищи или голоданием в связи с отвращением к пище.

Заболевание редко с самого начала принимает тяжелый характер. Вначале оно обычно протекает легко. Поэтому основной задачей врача женской консультации является раннее выявление болезни и раннее начало ее лечения. При рвоте средней и тяжелой степени больные подлежат госпитализации. Лечение рвоты беременных должно быть комплексным. В этот комплекс входит: воздействие на нервную систему (центральный и периферический отделы), имея в виду восстановление нарушенного ее функционального состояния, и борьба с голоданием организма.

В настоящее время мы располагаем многими средствами воздействия на нервную систему, которые с успехом могут быть применены для лечения легких форм рвоты беременных в условиях женской консультации. К ним относятся:

1. Лечение бромом — кофеином по Н. В. Кобозевой. Бром вводится внутривенно ежедневно в виде 10 мл 10%-ного бромистого натрия вместе с 20 мл 40%-ной глюкозы и 300 мг аскорбиновой кислоты. Кофеин назначается подкожно 1—2 раза в день по 1 мл 10%-ного раствора бензойно-натриевой соли или внутрь 1—2 раза в день по 0,1. Введение бромистого натрия следует продолжать и после прекращения рвоты (всего до 10—12 дней), учитывая, что стойкий терапевтический эффект достигается при концентрации брома в крови 8—16 мг%. (Н. В. Кобозева).

2. Лечение аминазином. Аминазин для лечения токсикоза беременных у нас в Союзе рекомендован Л. С. Персианиновым. В условиях женской консультации его следует применять или per os в прописи: аминазин 0,025, глюкоза 0,5 (в таблетках или капсулах), 3 раза в день, или внутримышечно 1 мл 2,5%-ного раствора аминазина вместе с 5 мл 0,25%-ного раствора новокаина, 1—2 раза в день. После каждого внутримышечного введения аминазина больная во избежание ортостатического коллапса должна лежать в течение 3 часов.

Аминазин представляет собою высокоэффективное средство

лечения рвоты беременных. Однако его недостатком является большая частота рецидивов заболевания после прекращения дачи аминазина. Поэтому отменять аминазин рекомендуется не сразу, а постепенно уменьшая дозировку. Число дней лечения определяется полученным эффектом. У больных при лечении аминазином, особенно после внутримышечного введения, наступает дремотное состояние, иногда переходящее в сон.

3. Лечение спленином. Препарат выделен В. П. Комиссаренко из селезенки крупного рогатого скота и представляет собою, по автору, биологически активный гормональный препарат. Спленин вводится подкожно или внутримышечно по 1—2 мл 1—2 раза в день. Лечение продолжается 10—12 дней.

4. Лечение удлиненным сном (А. Е. Ершова, Л. Л. Лиходаева и др.) путем назначения амитал-натрия (барбамила) ректально по 0,1—0,2 в 1%-ном водном растворе (20—30 мл) 2 раза в день.

Кроме перечисленных средств, для лечения рвоты беременных (легкой степени) в условиях женской консультации могут быть рекомендованы: диатермия солнечного сплетения (М. А. Петров-Маслаков, А. А. Лебедев), психотерапия, внутривенное введение 0,25%-ного раствора новокаина в область эпигастрального треугольника (новокаиновая блокада по В. В. Третьякову), пропазин внутрь по 0,025, 3 раза в день (А. М. Фой), витамин В<sub>6</sub> по 25—50—100 мг внутримышечно 1 раз в день (О. Н. Шлехтина). В последнее время в Институте акушерства и гинекологии АМН СССР при рвоте беременных с успехом испытаны венгерские химические препараты дедалон (Daedalon) и авиамин (Aviamin), изготовленные в виде таблеток (по 1 таблетке 3—4 раза в день).

Вопрос о применении того или иного средства решается индивидуально. Иногда полезно их сочетать.

Борьба с голоданием осуществляется прежде всего частым (через 2—3 часа) кормлением. Диета по выбору, витаминизированная. Необходимо вводить ежедневно большие количества жидкости (1—3 л) в виде капельных клизм с физиологическим раствором, 5%-ным раствором глюкозы, подкожного введения глюкозы, внутривенного введения 40%-ного раствора глюкозы (20—50 мл) с аскорбиновой кислотой (300 мг).

В патогенезе рвоты беременных большое значение имеет нарушение рефлекторных реакций организма на импульсы, идущие со стороны развивающегося плода. Эти нарушения могут возникнуть благодаря изменению реактивности женского организма под влиянием самых различных причин (хронические заболевания, психическая травма, глистная инвазия, повреждение при абортax рецептивного аппарата матки и др.). Известно, например, как трудно бороться со рвотой беременных при отрицательном отношении женщины к своей беременности или при наличии хронического аппендицита. Поэтому профилактика рвоты

беременных должна быть прежде всего направлена на своевременное лечение хронических заболеваний, изгнание глистов, борьбу с абортами, обеспечение беременной эмотивного покоя, воспитание здорового отношения к своей беременности.

К числу других клинических форм раннего токсикоза беременных относятся слюнотечение, дерматозы беременных, желтуха беременных, острая желтая атрофия печени, тетания, хоррея, различного характера невриты и невралгии и пр. В условиях женской консультации наибольшее практическое значение имеют следующие:

1. Слюнотечение (птиализм). Оно редко бывает в виде самостоятельного заболевания, а обычно сопровождает рвоту беременных и лечится так же, как и последняя.

2. Зуд беременных. Заболевание может ограничиться отдельными участками тела, но иногда захватывает все тело. Успех лечения у разных лиц может быть достигнут назначением разных средств, например, общего облучения ультрафиолетовыми лучами кварцевой лампы, димедрола, витамина В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>. Необходимо исключить заболевания, сопровождающиеся кожным зудом, и прежде всего латентно протекающий сахарный диабет, глистную инвазию (*оxuris vermicularis*).

3. «Стертая форма остеомалации». Это понятие в акушерство было введено Г. М. Шполянским для обозначения особого заболевания у родильниц и подробно описано Н. А. Воскресенским. Клиническая картина сходна с заболеванием, известным под названием «симфизеопатия» (И. Ф. Жордания), «остеопатия» (Зайтц), «симфизит» (Е. С. Кушнирская). Л. И. Ковалева, специально изучившая это заболевание у беременных, пришла к выводу, что так называемая стертая форма остеомалации является проявлением гиповитаминоза D и не идентична настоящей остеомалации. Клиническими симптомами этого осложнения беременности являются боли в ногах, костях таза, мышцах, изменение походки, общая утомляемость, парестезии, повышенные сухожильных рефлексов. Особенно характерным является болезненность при пальпации лонного сочленения и переваливающаяся, «утиная» походка. При рентгенографии костей таза иногда обнаруживается расхождение лонного сочленения. В отличие от настоящей остеомалации деструктивные изменения в костях таза отсутствуют.

Несмотря на то, что данное заболевание встречается нередко, оно обычно не распознается и фигурирует под разными диагнозами (радикулит, остеомиелит, симфизит, тромбофлебит, угрожающее прерывание беременности и др.). Болезнь хорошо поддается сочетанному лечению витамином D (по 15—20 капель 3 раза в день), рыбьим жиром (1 столовая ложка 2 раза в день), общим облучением кварца, внутримышечным введением прогестерона (по 10 мг ежедневно). Данное лечение неэффективно при настоящей остеомалации.

## ПОЗДНИЕ ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ

В отношении поздних токсикозов беременных перед врачами женских консультаций стоят следующие задачи: 1) профилактика позднего токсикоза; 2) ранняя его диагностика; 3) обеспечение раннего начала лечения.

На первый взгляд представляется затруднительным говорить о профилактике заболевания, причина которого не выяснена. Однако накопившийся огромный опыт по обслуживанию беременных, больных поздним токсикозом, дает основание для рекомендации ряда профилактических мероприятий.

Общезвестно, что поздний токсикоз чаще встречается у женщин в возрасте 21—30 лет, первобеременных, пикнического телосложения, блондинок, при наличии многоплодия, многоводия, узкого таза и у лиц, перенесших это осложнение при предшествующих беременностях.

В настоящее время твердо установлено, что поздний токсикоз особенно часто возникает у тех беременных женщин, которые страдают хроническими заболеваниями. Присоединение токсикоза, например, у лиц, страдающих гипертонической болезнью, происходит в 46% (О. Ф. Матвеева), при хроническом нефрите — в 50% (З. В. Майсурадзе), при сахарном диабете — в  $\frac{1}{3}$  случаев (Е. П. Романова), у женщин с удаленным одним яичником — в 31% (Р. А. Курбатова), часто при малярии (А. А. Ашман), бруцеллезе (Н. Т. Раевская) и т. д. Можно предположить, что под влиянием хронических заболеваний изменяется реактивность женского организма, в результате чего создаются благоприятные условия для возникновения патологических реакций в ответ на физиологические импульсы со стороны внутриутробного плода. Отсюда вытекает, что выявление хронических заболеваний и своевременное их лечение может предупредить развитие позднего токсикоза. Это, в свою очередь, обязывает к всестороннему обследованию беременных женщин при первой явке их в женскую консультацию.

Большое значение для профилактики позднего токсикоза имеет обеспечение беременным женщинам эмотивного покоя. Практика показывает, что иногда тяжелые нервные переживания обуславливают быстрое возникновение тяжелого токсикоза беременных.

Представляют большой клинический интерес наблюдения О. Д. Кручининой, показавшей большую частоту позднего токсикоза у тех беременных женщин, которые по разным причинам хронически недосыпали (сон менее 7 часов в сутки). Возникновение позднего токсикоза у таких лиц имело место в 70%. При этом выяснилось, что основными причинами укороченного сна были нарушения правильного режима отдыха, острые заболевания и тяжелые психические заболевания. Уместно также напомнить значительное увеличение частоты токсикозов, в част-

ности эклампсии в Ленинграде — во время его блокады и в Будапеште — во время его осады. Поэтому большое профилактическое значение приобретает психопрофилактическая подготовка беременных к родам (М. А. Петров-Маслаков, Н. И. Бескровная). Надо обеспечить беременной рациональный режим труда и отдыха, а также удлиненный ночной сон. При хроническом недосыпании беременной следует устранить причины этого, а при необходимости — назначить малые дозы снотворных (люминал, амитал-натрий, бромурал и др.).

Велико значение в профилактике позднего токсикоза рационального питания беременных. Пищевой рацион здоровой беременной женщины должен быть полноценным. Особенно это относится к белкам и витаминам. На большую роль в увеличении частоты позднего токсикоза при недостаточном содержании белка в пищевом рационе беременных указывают многие авторы (Г. М. Шполянский, Д. Ф. Чеботарев, В. М. Хмелевский и др.). Считается, что в суточном пищевом рационе должно содержаться около 2 г белка на 1 кг веса беременной, причем белки должны быть качественно полноценными (белки мяса, рыбы, молока и яиц). Пища должна быть витаминизированной. Потребность в витаминах у беременных увеличена. Этим объясняются нередко наблюдающиеся у них признаки гиповитаминоза. В таких случаях следует назначать витамины по прописи М. А. Петрова-Маслакова (Vitamin B<sub>1</sub> — 0,02; Ac. nicotiniци 0,005; Ac. ascorbinici 0,1; Glucosae 0,5 — перед едой 2 раза в день) или С. М. Рысса (Vitamin B<sub>1</sub> — 0,005; Ac. nicotiniци — 0,025, Riboflavini — 0,0003; Ac. ascorbinici — 0,1; Glucosae 0,25 — 2 раза в день перед едой). Как справедливо отмечает М. А. Петров-Маслаков, широкое применение витаминов с малых сроков беременности при наличии самых ранних симптомов гиповитаминоза является одним из методов профилактики токсикозов. Следует также ограничить прием поваренной соли во второй половине беременности.

Не приходится доказывать, что борьба с абортами является одним из путей профилактики позднего токсикоза беременности. Наносимая при выскабливании матки травма всегда оставляет свой след, повреждая, в частности, рецепторы, которые при беременности являются первым звеном рефлекторной дуги, осуществляющей передачу импульсов от внутриутробного плода. Некоторые авторы рекомендуют применение для целей профилактики позднего токсикоза беременных ряда специальных средств: М. В. Дубнов — витамин B<sub>12</sub> и фолиевую кислоту, Шниден — ацетазол-амид, Е. В. Попеня-Островская — бессолевую диету. А. И. Корнилова, Е. Р. Кратинава, Э. И. Медриш и З. Д. Кизельман обращают внимание на важность своевременного выявления «предтоксикозного» состояния. По Крюгеру, имеет профилактическое значение назначение беременным виганталя (витамина D<sub>3</sub>); если после его приема артериальное

давление не снизится, у такой беременной можно ожидать развитие токсикоза. Эти и некоторые другие предложения нуждаются в дальнейшей проверке.

Ранняя диагностика позднего токсикоза предполагает прежде всего раннее выявление клинических симптомов болезни. Необходимой к тому предпосылкой должно быть раннее и систематическое повторное обращение беременной в женскую консультацию. Это важно потому, что лишь в таких случаях оказывается возможным дать правильную оценку величинам артериального давления, веса беременной и содержания в моче белка, являющихся, как известно, основными критериями для распознавания позднего токсикоза.

В настоящее время всеми признано, что абсолютная цифра артериального давления не всегда свидетельствует о наличии гипертонии. Если токсикоз возник у беременной женщины, имеющей до того гипотонию (артериальное давление, не превышающее 100/60 мм рт. ст.), установление у нее, например, артериального давления 120/80 можно расценивать как гипертонию, хотя его абсолютная цифра является «нормальной». Следует также иметь в виду, что показателем наличия гипертонии может быть высокое минимальное артериальное давление при повышенном давлении максимальном. В таких случаях пульсовое давление (разница между величинами максимального и минимального артериального давления) будет небольшим, менее 40—50 мм рт. ст. По мнению Г. Ф. Ланга, относительно более высокое минимальное давление при гипертонии является показателем не столько сердечной недостаточности, сколько сильного сокращения артериол и, таким образом, тяжести заболевания. Дольф и Линк считают повышение минимального артериального давления до 90 мм патологическим, независимо от величины давления максимального.

Таким образом, оценка артериального давления в динамике с учетом абсолютной его величины дает более правильное представление о наличии или отсутствии гипертонии. Сказанное в принципе относится и к оценке веса беременной. Не всегда отсутствие видимых отеков говорит о том, что их в действительности нет. Они могут быть скрытыми и в таком случае выявляются путем повторного взвешивания беременной. Прибавление в весе во вторую половину беременности более 350—400 г в неделю следует рассматривать как необычное. Это должно привлечь внимание врача и получить правильную оценку. Не всегда такое прибавление веса означает наличие токсикоза. Следует учесть, что это может быть результатом большой потери в весе в первую половину беременности в связи с ранним токсикозом. Кроме того, прибавление в весе может быть однократным, чередующимся с прибавкой нормальной. Говорить о токсикозе следует лишь в тех случаях, когда необычное прибавление в весе происходит повторно или сопровождается наличием дру-

гих симптомов позднего токсикоза. В сомнительных случаях следует определять суточный диурез и сравнить его с количеством выпитой жидкости. В. М. Хмелевский рекомендует широкое внедрение в практику метода Хемлина, предложившего определять с помощью кольца «симптом отека пальцев». Беременной женщине при первом посещении женской консультации одевается на палец соответствующего размера алюминиевое кольцо. Если при последующих посещениях устанавливается, что кольцо становится тесным, это свидетельствует о появлении водянки беременных.

Необходимо правильно оценивать также появление в моче белка. Этот симптом называют альбуминурией. При токсикозе в моче выделяется не только альбумин, но также глобулин. Поэтому правильнее говорить о протеинурии. Только в том случае, если моча взята катетером, можно получить истинное представление о количестве белка в моче. Примесь к моче выделений из влагалища (например кровянистых выделений или при трихомонадном кольпите) может дать значительное количество белка за счет этих выделений. Получив путем катетеризации мочу и обнаружив в ней белок, следует исключить заболевание, наличие которых, помимо токсикоза, может объяснить появление белка (например, за счет лейкоцитов или эритроцитов при цистите или пиелите). После этих поправок можно говорить об альбуминурии, как симптоме токсикоза. В последнем случае обнаружение даже небольшого количества белка в моче, а тем более его нарастание при повторном исследовании и особенно при сочетании с другими признаками токсикоза, приобретает диагностическое значение.

Имеет значение для раннего распознавания токсикоза исследование глазного дна. Характерным является установление наличия гипертонической ангиопатии (сужения артерий и расширения вен), которая может иногда обнаруживаться рано, при отеке беременных без заметного повышения артериального давления (А. А. Додор). Заслуживает внимания предложение Г. Я. Братушика определять «темпорально-брахиальный индекс». Повышение височного давления (свыше половины высоты артериального давления в плечевой артерии) указывает на возможность наличия позднего токсикоза беременных.

Из других вспомогательных методов ранней диагностики позднего токсикоза следует упомянуть о капилляроскопии (И. П. Иванов), оксигеметрии (В. К. Пророкова) и об определении величины кислотно-щелочного равновесия (Н. Т. Мильченко и О. С. Манойлова). Характерным для токсикоза при капилляроскопии является выявление спазма артериальных и расширение венозных колен капилляров, мутноватый фон и замедление тока крови. В отношении оксигеметрии было установлено, что при позднем токсикозе проба с задержкой дыхания вызывает значительно более быстрое, чем у здоровых



беременных, снижение уровня кислорода и более медленную компенсацию гипоксемии, достигающей значительных цифр. Ранним признаком токсикоза является также падение резервной щелочности крови, повышение процента аммиака и титруемой кислотности мочи, а также понижение ее рН.

При постановке диагноза позднего токсикоза беременных необходимо учесть, что сходную клиническую картину могут дать и другие заболевания. Установленная при беременности гипертония может быть симптомом таких страданий, как гипертоническая болезнь, нефрит, болезнь Иценко—Кушинга (базофильная аденома передней доли гипофиза), недостаточность аортального клапана сердца, опухоли надпочечника и надпочечниковой области (феохромочитома, параганглиома), травма головного мозга и др. Наличие отека и протенинурии могут быть проявлением сердечной недостаточности, органического поражения почек и др. А. И. Ушакова, на основании большого числа клинических наблюдений, пришла к выводу, что жалобы беременных женщин, страдающих аскаридозом, сходны с жалобами при токсикозе беременных.

Проведение дифференциальной диагностики и установление правильного диагноза позднего токсикоза беременных является важной, но не всегда легкой задачей. Об этом свидетельствуют, например, следующие факты. Л. В. Бартенева (1958), приводя данные судебно-медицинской экспертизы о 40 женщинах, погибших от эклампсии, показала, что в половине случаев имели место неточности и ошибки в клинической диагностике. Эклампсию ошибочно принимали за эпилепсию, интоксикацию, менингит, опухоль мозга и пр. С другой стороны, по данным Института акушерства и гинекологии АМН СССР, из общего числа беременных, поступивших с симптомом гипертонии, у 20—25% не оказалось позднего токсикоза, а гипертония была связана с другими заболеваниями.

Установив наличие позднего токсикоза беременных, следует определить клиническую его форму (отек беременных, гипертония беременных, нефропатия, преэклампсия, эклампсия), а также тяжесть заболевших (легкая, средней тяжести, тяжелая). Не менее важно выяснить, является ли токсикоз «чистым» или «сочетанным», развившимся на фоне других заболеваний (З. В. Майсурадзе, С. М. Беккер). При сочетании токсикоза с другими заболеваниями, что наблюдается не менее чем в  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$  всех случаев токсикоза, его течение оказывается более тяжелым, токсикоз труднее поддается обычному лечению, и исход беременности для матери и плода значительно менее благоприятен. Данные аутопсии умерших при наличии позднего токсикоза подтвердили большую частоту его сочетания с другой патологией, особенно сердечно-сосудистой. В настоящее время такое деление позднего токсикоза начинает получать признание. Барон и Бернاردчикова различают токсикоз «первичный» и «вто-

ричный», Дольф и Линк — «эссенциальный» и «привитой», Бем — «чистый» и «привитой», Вимхофер и Пфау — «эссенциальный» и «симптоматогенный» и т. д.

Выявив у беременной женщины поздний токсикоз, врач женской консультации обязан сразу же направить ее для лечения в родильный стационар. О значении раннего начала лечения свидетельствуют данные Р. А. Курбатовой. Она показала, что при начале терапии токсикоза в первые 2 недели после появления первых клинических симптомов по сравнению с более поздним в 3 раза реже наблюдается недонашивание, в 4 раза реже эклампсия, в 3 раза реже слабость родовой деятельности и в 2 раза меньше потеря детей. Можно допустить амбулаторное лечение отека беременных не в тяжелой степени. В случае отказа беременной от госпитализации (что, к сожалению, хотя и редко, но имеет место) должен быть обеспечен патронаж на дому.

Лечение отека беременных проводится путем назначения бессолевой диеты с ограничением приема жидкости (до 2—3 стаканов в сутки), внутрь назначается Sol. Ammonii chlorati 10%-ный по 1 столовой ложке 3 раза в день в течение нескольких дней. Прекрасный диуретический эффект оказывает препарат фонурит (М. А. Петров-Маслаков) по 1 таблетке ежедневно или через день в течение 3—4 дней. В отдельных случаях для снятия отека оказывается полезным однократное ежедневное внутримышечное введение 10 мл 25%-ного раствора сернокислой магнезии. Контроль за результатом лечения осуществляется путем повторного взвешивания и измерения суточного диуреза (при учете количества выпитой жидкости). Что касается других клинических форм позднего токсикоза, то врач одновременно с решением о госпитализации назначает бессолевую диету с ограничением приема жидкости, внутривенное введение 40%-ного раствора глюкозы (20 мл) с аскорбиновой кислотой (200—300 мг), а при выраженном позднем токсикозе внутримышечно вводит сернокислую магнезию (20 мл 25%-ного раствора вместе с 5—6 мл 0,25—0,5%-ного раствора новокаина). Хороший эффект оказывает также внутривенное или внутримышечное введение аминазина (внутримышечно 1—2 мл 2,5%-ного раствора аминазина вместе с 5 мл 0,25%-ного раствора новокаина или внутривенно 1—2 мл 2,5%-ного раствора аминазина вместе с 50 мл 40%-ного раствора глюкозы). Однако надо учесть, что после введения аминазина беременная во избежание ортостатического коллапса должна лежать не менее 3 часов. Поэтому дача аминазина уместна при эклампсии или преэклампсии непосредственно перед транспортировкой. В последнем случае вместо аминазина можно ограничиться инъекцией или морфина, или пантопона, или промедола. Назначение резерпина при позднем токсикозе уместно лишь в тех случаях, когда нет необходимости в получении быстрого гипотензивного эффекта. Послед-

ний после дачи резерпина обычно наступает не ранее чем через 2—3 дня. Производить кровопускание при транспортировке больной в стационар можно лишь в особо тяжелых исключительных случаях токсикоза, не извлекая при этом больших количеств крови (не более 250—400 мл).

Мы не касаемся лечения токсикоза в условиях стационара. Сведения об этом можно найти в современных учебниках акушерства. В настоящей главе указаны лишь возможности врача в условиях его работы в женской консультации.

## ГЛАВА VIII

### БРУЦЕЛЛЕЗ, ЛИСТЕРИОЗ, ТОКСОПЛАЗМОЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ

За последние годы отмечается повышение интереса к некоторым инфекционным заболеваниям у беременных женщин, прежде всего с точки зрения возможного их влияния на внутриутробный плод. К числу этих заболеваний относятся бруцеллез, листериоз и токсоплазмоз. Краткое знакомство с ними врачей женских консультаций нам представляется необходимым, поскольку раннее распознавание этих болезней у беременных и своевременное их лечение может предупредить неблагоприятный исход беременности для плода.

*Бруцеллез и беременность.* Установлено, что заболевание бруцеллезом для беременности безразлично. Почти все авторы отмечают возможность наступления спонтанного аборта под влиянием бруцеллезной инфекции.

Г. А. Пандиков частоту абортов среди женщин, больных бруцеллезом, определяет в 6%. Н. И. Смалин, В. В. Игнатов и А. П. Выговский среди 709 женщин, имевших самопроизвольный аборт, установили бруцеллез как его причину у 61, или в 8,6%, причем наиболее часто прерывание беременности наступало на 9-й неделе. Р. И. Феликс, подвергнув исследованию 297 абортированных плодов, у 36 из них, или в 12,1%, выделил культуру бруцелл. Нередко наблюдается привычное недонашивание беременности.

У беременных, больных бруцеллезом, в несколько раз чаще наблюдается предлежание плаценты и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты в связи с воспалительными изменениями в эндометрии под влиянием бруцеллезной инфекции (Н. Т. Раевская). Беременность чаще осложняется поздним токсикозом, нередко наступает антенатальная смерть плода (в 10,4% по Н. Т. Раевской), а также пороки развития у детей. Иногда встречаются маститы бруцеллезной этиологии, которые обычно протекают легко, без нагноения (А. Коган). В послерабортном периоде, в связи с возможностью

генерализации инфекции (Р. И. Феликс), бруцеллез иногда симулирует сепсис.

Приведенные данные указывают на необходимость обследования на бруцеллез женщин с отягощенным акушерским анамнезом и в особенности при самопроизвольном прерывании беременности ранних сроков. Иногда последнее может быть единственным симптомом бруцеллеза (А. Коган).

Диагноз бруцеллеза устанавливается на основании результатов серологических реакций Райта, Хеддльсона, аллергической реакции Бюрне и совокупности клинических симптомов. Решающим для диагностики является получение культуры бруцелл из крови, мочи, пунктатов органов плода. Н. Т. Раевская рекомендует производить реакцию агглютинации с секретом молочных желез. З. Вежник придает диагностическое значение гистологическому исследованию плаценты, отмечая наличие при бруцеллезе характерных изменений в ворсинках хориона (отек, некрозы, патологическое расширение сосудов с мононуклеарными тромбами и пр.).

По данным И. С. Новицкого, при аборте бруцеллезной этиологии в плаценте и во внутренней оболочке матки наблюдаются явления острого воспаления в форме отека и лейкоцитарной инфильтрации, иногда некроз ткани.

Основными источниками заражения человека бруцеллезом являются больные животные (особенно овцы и козы), а также употребление в пищу полученных от них молочных продуктов. Это обстоятельство надо также иметь в виду при распознавании бруцеллеза у человека.

Лечение бруцеллеза проводится сочетанное с использованием для этих целей вакцины, антибиотиков, сульфаниламидов и других средств. Н. Т. Раевская с целью профилактики недонашивания беременности у женщин, больных бруцеллезом, рекомендует включить в комплекс лечебных мероприятий назначение витамина С. По ее наблюдениям гиповитаминоз С располагает к самопроизвольному прерыванию беременности при бруцеллезе и часто сопровождает последний.

*Листерриоз и беременность.* В отношении частоты листериоза у беременных имеются разноречивые сведения. По Бреунингу и Фритчу, среди родившихся 3246 детей смертность от листериоза, точно подтвержденная, составила 0,15%, а по Алексу на 6000 детей — 2%. Чех и Сима (1957), обследовав 379 женщин с отягощенным акушерским анамнезом, установили наличие листериоза у 29 (7,6%). Л. Д. Ярцева сообщила о 78 случаях листериоза, диагностированного у беременных и родильниц в Институте акушерства и гинекологии АМН СССР за два года (1958—1959).

Значение заболевания листериозом для течения и исхода беременности в значительной степени было выявлено работами Потеля (1955, 1957), Зеелигера (1955), Фламма (1958, 1959),

П. П. Сахарова и Е. И. Гудкова (1959) и ряда других исследователей. Возбудителем болезни является бактерия, названная листереллой (*Listeria monocytogenes*).

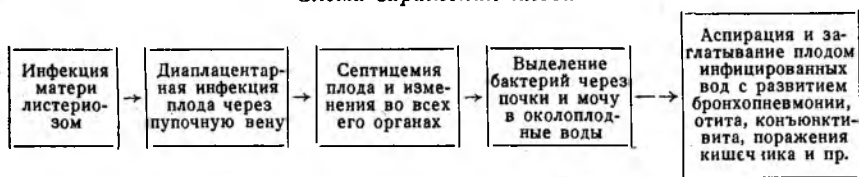
Листерриоз встречается у грызунов, насекомоядных, свиней, овец, коз, крупного рогатого скота, лошадей, лисиц, собак, кошек и птиц. Заражение может произойти от молока и мяса больных листериозом животных, а также от других инфицированных продуктов питания. Инфекция не передается от человека к человеку, кроме внутриутробного заражения плода. Заражение возможно путем вдыхания инфицированной пыли, через куриные яйца, где листереллы размножаются, не производя их порчи (Урбах, 1957), а также при работе с кожами, обувью, со шкурками животных, на фабрике мыла.

Входными воротами листериозной инфекции является рот и носоглотка, миндалины, конъюнктив глаза и пищеварительный тракт. Допускается возможность заражения через половые пути (хотя в эксперименте такой путь заражения пока не удался). В дальнейшем листереллы через лимфатические пути могут проникнуть в кровь, создавая бактериемию и сепсис с поражением центральной нервной системы, разных органов, плаценты и плода при беременности.

Большинство авторов считают, что листериозное заражение внутриутробного плода возможно лишь со времени образования плацентарной циркуляции, т. е. примерно с 5-го месяца беременности. Беременная женщина значительно чаще болеет листериозом, чем небеременная, по той причине, что, как показали опыты на животных, имеется истинный органотропизм листерелл к беременной матке и плаценте. Полагают также, что имеется и токсическое влияние возбудителя, так как после заражения животных уже через несколько часов может быть аборт. К развитию заболевания листериозом располагают ряд факторов — голодание, молодой или преклонный возраст, другие органические заболевания и пр. Некоторые авторы различают листериоз «первичный» и «вторичный», наслоившийся на другие заболевания.

Беременность снижает не только местную резистентность мочеполового тракта, но и понижает общую резистентность к инфекции: безвредные для небеременного животного количества листерелл, при беременности у них же могут вызвать летальную инфекцию. Схема заражения плода представляется в следующем виде (по Риссу).

*Схема заражения плода*



Различают 4 клинических формы листериоза: 1) ангинозно-септическую, 2) нервную, 3) септико-гранулематозную у плодов и новорожденных, 4) глазо-железистую. Заболевание может быть острым, подострым, ремиттирующим, хроническим и абортным. Инкубационный период от 3 до 45 дней, в зависимости от возраста, реактивности организма, патогенности возбудителя, места его внедрения и пр.

Клиническая симптоматология листериоза различна при разной клинической форме болезни: конъюнктивит, отек век, сужение глазной щели (поражение глаз часто одностороннее), ринит (особенно с кровянистым секретом), ангина (катаральная, фолликулярная, язвенно-пленчатая, лакунарная), перитонзиллярный абсцесс, суставные и головные боли, повышение температуры, увеличение регионарных лимфатических желез, селезенки, иногда незудящая розеолезная сыпь тифоидного характера, чаще в области суставов, менингеальные явления (ригидность мышц затылка, симптом Кернига, положительный рефлекс Бабинского), адинамия, фронтит, симптомы энцефалита, менингита. Особого внимания заслуживают банальные «гриппозные» явления, повторные пиелиты у беременных и отягощенный акушерский анамнез (самопроизвольное преждевременное прерывание беременности, мертворождение, ранняя детская смертность новорожденных).

Те или иные симптомы выражены в разной степени при разных клинических формах листериоза.

Иногда болезнь у беременных проявляется поносами, приступами удушья, внезапно возникшей лихорадкой и ознобом. Нередко наблюдаются окрашенные, грязные околоплодные воды, ослабление шевеления плода, а после родов нередко облысение женщины. У рожениц иногда наблюдается лихорадка за несколько часов до родов, что возможно является реакцией материнского организма на инфекционный очаг в матке (инфицированная плацента и плод). После родов обычно температура становится нормальной.

У родившихся живыми детей, больных листериозом, аускультативно и при рентгеновском исследовании обнаруживается клиническая картина аспирационной пневмонии, отмечается иногда одышка, синюшность покровов, маленькие папулезные пятна на коже, отсутствие зрачковой реакции, повышенная или, наоборот, пониженная температура, судороги, воспаление среднего уха, а после выздоровления может развиваться хроническое поражение печени.

Лабораторная диагностика листериоза состоит в следующем:

а) обнаружение листерелл в посевах из отделяемого конъюнктив, зева, носоглотки, выделений из половых путей и других участков первичного внедрения инфекции; листереллы обнаруживались также в крови при послеродовом кровотечении, в моче у беременных, в меконии у новорожденных, в околоплодных

водах, в лохиях, в плаценте, в соскобе после выскабливания матки, в органах плода, особенно в мозгу;

б) в анализах крови можно обнаружить моноцитоз, мононуклеоз (лимфоцитоз), лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, снижение процента полинуклеаров;

в) в спинномозговой жидкости находят цитоз, в основном за счет лимфоцитов, в посеве ликвора — рост культуры листерелл; наблюдается уменьшение сахара в спинномозговой жидкости;

г) при патологоанатомическом и гистологическом исследовании наиболее значительные изменения обнаруживаются в печени, селезенке, лимфатических узлах, сердце, центральной нервной системе и мозговых оболочках, матке (плаценте) и органах новорожденных. Характерным является обнаружение так называемых листериом — серовато-белых или желтоватых гранулезных узелков, состоящих из скопления в центре листерий, частично фагоцитированных, и наличия на периферии большого количества ретикулярных и мононуклеарных клеток, а также ядерного детрита. У плода обнаруживают признаки септицемии, часто значительные изменения в дыхательном и пищеварительном трактах и воспаление среднего уха; в плаценте при листериозе наблюдаются воспалительные явления, доходящие до флегмонозных;

д) серологическая диагностика состоит в производстве реакции агглютинации и реакции связывания комплекмента.

В отношении лечения листериоза при беременности целесообразным считается комбинированное применение антибиотиков и сульфаниламидов. Наиболее эффективны в отношении листерий антибиотики тетрациклиновой группы (ауреомицин, тетрациклин и др.). Местную инфекцию можно лечить применением антибиотиков (в виде ингаляции аэрозолей и местной пульверизации рото- и носоглотки), 30%-ным раствором альбурцида, препаратами серебра, 5%-ной ксероформенной мазью и др.

*Токсоплазмоз и беременность.* Токсоплазмозная инфекция является одной из нередких причин внутриутробного заболевания плода, патологии его развития, недоношенности, мертворождения и ранней детской смертности. Болезнь вызывается паразитом из группы protozoa — токсоплазмой.

Человек заражается или внутриутробно или от больных животных. Непосредственной передачи инфекции от человека к человеку не наблюдалось. Из животных основным источником заражения человека являются собаки (наряду с другими домашними и дикими животными). При этом паразиты находятся в бронхиальной и носовой слизи, в моче и каловых массах больных животных. Заражение может произойти через слизистые оболочки дыхательных путей, рта, век, влагалища, а также при употреблении термически недостаточно обработанного мяса и

молока больных животных или зараженной пищи. Паразиты проникают в организм через поврежденную кожу и через неповрежденные слизистые оболочки, особенно часто через носоглотку и миндалины. Токсоплазмоз может быть перенесен от больных к здоровым кровососущими членистоногими (клещами) при укусе. Известны случаи лабораторного заражения.

Обладая активным вращательным движением, токсоплазмы проникают внутрь клеток, где в протоплазме происходит их размножение. Иногда в протоплазме клеток наблюдается их скопление — псевдоцисты.

От места внедрения токсоплазмы распространяются по кровеносным путям и могут быть обнаружены во всех органах. Однако особый тропизм они обнаруживают к клеткам ретикулоэндотелия и нервной системы, где главным образом и образуются псевдоцисты.

При беременности внутриутробный плод особенно восприимчив к токсоплазмозу, причем передача инфекции от матери к плоду происходит трансплацентарно.

Характер повреждения плода при токсоплазмозе, влияние этого заболевания на течение и исход беременности, клинические проявления болезни и лечение нашли свое освещение в работах многих исследователей (М. А. Хазанов, Н. Ф. Лызилов и М. Г. Жолнеровский, Г. А. Орлов и Г. И. Головацкая, Флам, Рисс и др.).

Поражение плода может носить различный характер. Однако наибольшие изменения при врожденном токсоплазмозе наблюдаются в центральной нервной системе и в органах зрения. При этом характерным является триада: 1) хронический некротизирующий, с петрификатами, менинго-энцефалит, 2) внутренняя гидроцефалия и 3) хориоретинит. Описаны у детей анэнцефалия, монголизм, пороки развития глаз, заячья губа, волчья пасть, болезнь Дауна, энцефаломиелиит, микро- и анофтальмия и др. По данным Бена и сотр., токсоплазмоз у новорожденных иногда симулирует гемолитическую болезнь. Нередко происходит антенатальная смерть плода, преждевременное прерывание беременности, встречаются случаи пузырного заноса.

Большинство авторов считают, что заражение плода происходит в середине или в конце беременности, однако частое возникновение уродств указывает на возможность заражения и в более ранние сроки — в первые 3 месяца беременности (период органогенеза). Важно отметить, что ребенок может родиться внешне здоровым и лишь спустя несколько недель появляются симптомы заболевания токсоплазмозом. Имеются наблюдения, показывающие роль токсоплазмоза в этиологии некоторых психических расстройств, умственного и физического недоразвития, глухоты, судорог, параличей, поносов, эпилепсии, тромбозов, облитерирующего тромбангиита.

Диагностика токсоплазмоза трудна и основывается на дан-



ных серологических исследований при наличии отягощенного акушерского анамнеза (мертворождение, привычное недонашивание, уродства плода, обнаружение указанной выше триады симптомов). У матери может не быть никаких клинических проявлений. При приобретенном (не врожденном) токсоплазмозе заболевание обычно начинается остро, с высокой температуры, сопровождаясь иногда нарушением сознания, судорогами, характерными изменениями в глазном дне. В крови — эозинофилия, в спинномозговой жидкости — цитоз. При хроническом заболевании часты обострения и ремиссии. Клинически иногда наблюдаются «гриппоподобные» состояния, которые часто просматриваются, иногда болезнь выражается катаром кишечника. Факторы, ослабляющие организм матери, являющейся носителем токсоплазм (недостаточное питание, физическое перенапряжение и др.), могут способствовать заражению токсоплазмозом внутриутробного плода.

Лабораторная диагностика состоит в производстве реакции с красителем Себина и Фельдмана, реакции связывания комплекса и аллергической внутрикожной пробе.

Наибольшую диагностическую ценность имеет обнаружение или выделение токсоплазм из органов мертворожденных или умерших детей, в мазках из спинномозговой жидкости, в пунктатах из селезенки, в биопсированных лимфатических узлах и мышцах. При этом установлено, что паразиты в хронической стадии болезни обнаруживаются в тканях, а в острой и подострой стадиях — в жидкостях организма. Шмидке рекомендует в случаях, подозрительных на токсоплазмоз, исследовать на наличие токсоплазм околоплодные воды, а также пунктаты, полученные из головки плода (в области родничка) и люмбальной пункцией у матери. Этот способ позволил автору обнаружить паразитов в 7 случаях из 11.

Рентгенологически при врожденном токсоплазмозе определяются кальцификаты в мозгу, утолщение внутренней пластинки костей черепа и большая выраженность пальцевидных вдавлений. При наружной гидроцефалии — череп увеличен, свод его истончен, расширены вены и роднички. В случаях микроцефалии — наоборот, черепные кости утолщены.

Патологоанатомически характерным для токсоплазмоза являются очаги некроза и размягчения в коре головного мозга, кисты и кальцификаты разной величины и формы. Иногда встречаются гранулемы в эндиме и стенках желудочков мозга. При гистологическом исследовании иногда находят токсоплазмы вне и внутриклеточно. Печень при остром токсоплазмозе увеличена, с мраморностью на разрезе и мелкими беловатыми участками некроза. Селезенка увеличена, дряблая, полнокровная.

Считают, что имеется естественный и приобретенный иммунитет к токсоплазмозу.

Заболевание лечится дарапримом, хлоридином, сульфамидами под контролем анализов крови, мочи и состояния печени. Рекомендуется также применение антибиотиков.

Лечение матерей, родивших детей, больных токсоплазмозом, проводится лишь при наличии у них признаков заболевания.

По Дителю, на 10 000 родов было обнаружено 2 случая токсоплазмоза, по Фаугенелю, на 7648 родов — также 2 случая токсоплазмоза. Вместе с тем, по Тальгаммеру, 17% всех врожденных повреждений мозга связано с токсоплазмозом, а по данным Арезина — 50%. всех уродств центральной нервной системы у новорожденных обусловлено этим заболеванием.

## ГЛАВА IX

### ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Гипертоническая болезнь нередко встречается у беременных женщин и может оказать существенное влияние на течение и исход беременности и последующих родов. По клиническим данным, гипертоническая болезнь имеет место примерно у 20—25% всех беременных, у которых беременность осложнена заболеваниями с гипертоническим синдромом. Отсюда вытекает необходимость своевременной и правильной диагностики этого заболевания.

Основоположник современной неврогенной теории возникновения гипертонической болезни Г. Ф. Ланг основное значение, как этиологическому фактору, придавал длительности воздействия заторможенных отрицательных эмоций на нервную систему человека. При этом возникает нарушение функции (невроз) высших корковых и гипоталамических отделов аппарата, регулирующего артериальное давление. Развивающаяся артериальная гипертония сопровождается нарушением кровообращения в разных органах, в том числе и почках, что приводит в действие почечный прессорный механизм.

Известно, что при ишемии почек выделяется фермент ренин, который действует на  $\alpha$ -2-глобулин плазмы и превращает его в гипертензии. Последний гуморальным путем повышает артериальное давление. Этот почечный прессорный механизм по отношению к первичному, повышающему артериальное давление нейрогенному фактору, является вторичным, но присоединяется он очень рано. Доказано, что уже в начальной стадии заболевания в периоды повышения артериального давления, сопровождающиеся функциональными нарушениями почечного кровотока, можно обнаружить в крови ренин (С. В. Андреев, Ю. Д. Вадковская, Ю. А. Серебровская и др.). По мере прогрессирования болезни, возникающие органические изменения в артериолах приводят к стойкой ишемии почек с постоянным

действием почечного прессорного фактора и постоянным повышением артериального давления. Развивающиеся в дальнейшем склеротические процессы вызывают серьезные нарушения в деятельности различных органов, в первую очередь, головного мозга, сердца, почек. Но на всех этапах заболевания ведущим фактором его развития является нервный фактор.

Такое представление о развитии гипертонической болезни определяет разграничение ее на различные стадии. В современной терапевтической клинике принято деление гипертонической болезни на три стадии, что отражено в классификациях различных авторов (Г. Ф. Ланг, А. Л. Мясников, Н. Д. Стражеско и др.).

Основной из них является классификация, предложенная Г. Ф. Лангом.

В основу определения стадии заболевания положен ведущий симптом — повышение артериального давления, так как его динамика лучше других симптомов отражает течение гипертонической болезни.

I стадия гипертонической болезни (нейрогенная, по Лангу) характеризуется неустойчивым повышением артериального давления, которое колеблется в больших пределах даже в течение одного и того же дня и может снижаться до нормального уровня.

Клинически эта стадия характеризуется только общими невротическими явлениями и явлениями ангионевроза, причем, как правило, отсутствуют изменения со стороны внутренних органов. В этой стадии гипертоническая болезнь является образцовой.

I стадия, по Лангу, делится на две фазы в зависимости от характера повышения артериального давления. 1-я фаза — транзиторная гипертония — характеризуется тем, что артериальное давление повышается только на какие-то периоды (дни, недели), а затем снижается до нормального уровня. Для 2-й фазы характерно постоянное повышение артериального давления, которое дает большие колебания и только иногда снижается до нормы.

Во II стадии гипертонической болезни (переходной, по Лангу) начинают проявляться закономерно развивающиеся при гипертонической болезни изменения со стороны сердца, головного мозга, глазного дна. Возникает как реакция на длительную гипертонию гипертрофия левого желудочка сердца, усиление и смещение верхушечного толчка, акцент на 2-м тоне аорты, могут появиться симптомы нарушения кровообращения, инфаркт миокарда. Эти изменения со стороны сердца находят отражение на электрокардиограмме, где выявляется преобладание левого сердца (левограмма) и изменения со стороны миокарда.

Появляются выраженные симптомы со стороны центральной нервной системы: типичные гипертонические головные боли, го-

ловокращения, церебральные ангиоспазмы, иногда инсульты. Кровяное давление постоянно и более стойко повышено, возможны его значительные колебания под влиянием нервных факторов, но снижения до нормального уровня не бывает.

При исследовании глазного дна определяется картина так называемой гипертонической ангиопатии (сужение артерий, расширение вен), отражающей состояние сосудистой системы организма. Иногда возникают очаговые кровоизлияния, небольшой отек соска зрительного нерва. Со стороны почек симптомы могут отсутствовать, иногда бывает микрогематурия и альбуминурия.

III стадия гипертонической болезни (нефрогенная, по Лангу) характеризуется стойким повышением артериального давления и выраженными склеротическими изменениями в органах с нарушением их функции.

В зависимости от преимущественного поражения того или иного органа или системы органов, наряду со стадией гипертонической болезни, различают еще и клиническую ее форму: мозговую, сердечную, почечную и смешанную (А. Л. Мясников).

По нашим наблюдениям, исход беременности и родов при гипертонической болезни зависит в первую очередь от стадии заболевания. Поэтому важно не только диагностировать гипертоническую болезнь, но и определить у беременной женщины стадию ее развития.

Нужно учесть, что беременность у женщин, страдающих гипертонической болезнью III стадии, как правило, не встречается, и у беременных обычно наблюдаются I и II стадии гипертонической болезни.

Диагностика гипертонической болезни представляет известную трудность при беременности по ряду причин. Прежде всего следует учитывать, что у беременных могут иметь место симптоматические гипертонии. Чаше такая гипертония бывает связана с поздним токсикозом беременных и хроническим нефритом. Реже гипертония бывает обусловлена острым нефритом, эндокринными заболеваниями (болезнь Иценко—Кушинга), некоторыми заболеваниями сердца (коарктация аорты, недостаточность аортальных клапанов) и др.

Как в клинике, так и в эксперименте установлено депрессорное влияние беременности на повышенное артериальное давление (П. Д. Горизонтов, Е. А. Андреева, Д. Ф. Чеботарев, С. М. Беккер, О. Ф. Матвеева).

При наступлении беременности артериальное давление у больных гипертонической болезнью в I стадии может нормализоваться, а у больных гипертонической болезнью II стадии — снижается.

Снижение артериального давления наблюдается обычно в первую половину беременности, а при I стадии гипертонической

болезни кровяное давление может остаться сниженным до конца беременности.

Нередко у беременных гипертоническая болезнь осложняется поздним токсикозом, который затемняет клиническую картину и затрудняет диагностику гипертонической болезни. В поздние сроки беременности при выраженной картине присоединившегося позднего токсикоза, дифференциальная диагностика с «чистым» поздним токсикозом бывает очень трудной.

Главным диагностическим признаком для гипертонической болезни у беременных является установление повышения артериального давления до беременности или с первых недель ее. Отсюда вытекает значение хорошо собранного анамнеза, наблюдения за беременной в женской консультации с раннего срока беременности и изучение динамики артериального давления.

Нередко уже данные анамнеза позволяют заподозрить гипертоническую болезнь у беременной, а иногда можно встретить прямые указания на то, что в прошлом у беременной была установлена гипертоническая болезнь. Необходимо выяснить, не было ли в прошлом у женщины обнаружено «случайных» повышений артериального давления при измерениях во время профилактических осмотров, в санаториях и т. д. В анамнезе беременной можно найти указание на наличие тех или иных факторов, влияющих на развитие гипертонической болезни: нервно-психические переживания, травмы черепа, сотрясение мозга, алиментарная дистрофия и т. д. Следует выяснить, не страдала ли женщина до беременности головными болями и носовыми кровотечениями.

Представляет интерес и выяснение особенностей течения предыдущих беременностей, так как мертворождения в прошлом, рецидивы токсикозов при повторных беременностях, тенденции к прогрессирующему при каждой беременности повышению артериального давления имеют важное диагностическое значение, так как характерны для гипертонической болезни (И. Л. Стоцик и Г. И. Орлова).

Диагностике гипертонической болезни помогает изучение развития заболевания, характера динамики нарастания симптомов. Как подчеркивал Г. Ф. Ланг, поздний токсикоз беременных с самого начала проявляется симптомами, не свойственными гипертонической болезни: выраженными отеками и массивной альбуминурией. Исключение составляет только так называемая гипертония беременных — моносимптомная форма позднего токсикоза беременных, выделяемая некоторыми авторами в отдельную клиническую форму токсикоза (С. М. Беккер, Е. С. Эстеркин).

Ведущим симптомом гипертонической болезни является повышение артериального давления, обнаруживаемое нередко в самом начале беременности, то эпизодическое, то более стойкое, что зависит от стадии заболевания, и не сопровождающееся

отеками и почечными симптомами. Уровень артериального давления отличается неустойчивостью, он дает значительные колебания даже в течение одного и того же дня. Можно подметить и влияние нервно-психических воздействий на уровень артериального давления, когда у беременной под влиянием различных отрицательных эмоций, связанных именно с данной беременностью, резко повышается артериальное давление.

Отеки у больных гипертонической болезнью могут быть связаны с недостаточностью кровообращения и тогда они появляются в сочетании с другими признаками сердечной недостаточности, что редко бывает в начальных стадиях гипертонической болезни. Появление отека у беременной, страдающей гипертонической болезнью, чаще является симптомом позднего токсикоза. То же относится к альбуминурии, которая у большинства больных гипертонией выражена незначительно и нарастает при присоединении токсикоза. Если при сочетании всех указанных симптомов у беременной со стороны сердца будут обнаружены характерные изменения, свойственные гипертонической болезни, то диагноз ее получает еще одно подтверждение, так как для позднего токсикоза не характерны изменения со стороны сердца.

При исследовании глазного дна обнаруживаются те же изменения, что и при позднем токсикозе беременных — гипертоническая ангиопатия, и лишь в выраженной стадии гипертонической болезни могут появляться склеротические изменения сосудов, кровоизлияния в сетчатку и отек соска зрительного нерва.

Для диагностики гипертонической болезни имеет значение характер жалоб больной.

Беременные, страдающие гипертонической болезнью, нередко предъявляют жалобы на типические гипертонические головные боли с определенной локализацией, но подчас эти больные даже при очень высокой гипертонии не предъявляют никаких жалоб. Эта особенность — отсутствие жалоб при высокой гипертонии, характерна для гипертонической болезни и не наблюдается при позднем токсикозе.

При внимательном обследовании больной, правильной оценке данных анамнеза, характера предъявления жалоб, динамики артериального давления, симптомов со стороны сердца, глазного дна, почек и центральной нервной системы, может быть поставлен правильный диагноз гипертонической болезни у беременной женщины.

Течение беременности при гипертонической болезни отличается некоторыми особенностями.

В начале беременности, как уже упоминалось, можно отметить снижение артериального давления вследствие депрессорного влияния беременности.

Наиболее частым осложнением беременности является присоединение позднего токсикоза, что наблюдается нередко уже в начале второй половины беременности. Поздний токсикоз

осложняет беременность почти у половины всех женщин, страдающих гипертонической болезнью. Мы наблюдали это осложнение у 46% женщин при наличии I стадии гипертонической болезни и у 81% женщин при II стадии заболевания.

Поздний токсикоз, развившийся на фоне гипертонической болезни, отличается особой тяжестью и упорством течения, плохо поддается обычным методам лечения и ухудшает состояние беременной.

Кроме того, у беременных при гипертонической болезни нередко наблюдается самопроизвольное прерывание беременности (обычно во второй половине ее), отставание внутриутробного плода в развитии и часто антенатальная гибель плода.

Все эти осложнения встречаются особенно часто при II стадии гипертонической болезни, несколько реже при 2-й фазе I стадии (по Лангу) гипертонической болезни. У женщин, страдающих транзиторной гипертонией (1-я фаза I стадии), беременность протекает сравнительно легко и осложнения развиваются значительно реже.

Наиболее тяжелым осложнением гипертонической болезни у беременных являются гипертонический криз и острая гипертоническая энцефалопатия.

Гипертонический криз может возникнуть внезапно при любом сроке беременности, но чаще во вторую половину, на фоне обычного для больной повышения артериального давления, а иногда и при нормальном давлении. Он характеризуется резким повышением артериального давления и появлением местных динамических нарушений мозгового кровообращения, вызванных ангиоспазмом. Симптомы криза могут резко нарастать, угрожая жизни женщины, кризы могут повторяться.

Острая гипертоническая энцефалопатия зависит от отека мозга и повышения внутричерепного давления, развивающихся при длительной, высокой гипертонии и усилении тонического сокращения артериол головного мозга. Она может развиваться при высокой гипертонии любого происхождения. У беременных, страдающих гипертонической болезнью, она нередко развивается при присоединении позднего токсикоза. Клиническая картина острой гипертонической энцефалопатии выражается в появлении резкой головной боли, связанной с повышением внутричерепного давления, сопровождается тошнотой, рвотой, потерей зрения. У больной развивается чувство беспокойства, возникают приступы тонических и клонических судорог с последующим развитием коматозного состояния и нередко внутричерепного кровоизлияния, приводящих больную к гибели.

Появление симптомов нарушения мозгового кровообращения и их нарастание наблюдается чаще после начала родовой деятельности, особенно при II стадии гипертонической болезни, что представляет серьезную угрозу здоровью и жизни роженицы.

Из других осложнений нужно отметить довольно частое по-

явление признаков угрожающей внутриутробной асфиксии плода в родах и рождение мертвых плодов, особенно за счет антенатальной смерти. В отдельных случаях развивается преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

У больных гипертонической болезнью чаще обычного возникают кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах, причем эти женщины подчас плохо переносят кровопотерю.

В послеродовом периоде наблюдается временное снижение артериального давления, связанное, по-видимому, с кровопотерей в третьем периоде родов, с последующим его повышением, соответственно стадии заболевания. Иногда окончательный диагноз гипертонической болезни находит свое подтверждение в установлении повышенного артериального давления в послеродовом периоде.

Вопрос о сохранении беременности при гипертонической болезни решается в зависимости от стадии заболевания после обследования женщины в стационаре.

Необходимость прерывания беременности при II стадии гипертонической болезни сомнений не вызывает, так как беременность у этих женщин чревата большими опасностями для здоровья и жизни женщины.

Вопрос о сохранении беременности при I стадии гипертонической болезни решается более благоприятно: беременность может быть разрешена при 1-й фазе (транзиторная гипертония), а при 2-й фазе этой стадии вопрос о сохранении беременности решается в зависимости от результатов клинического обследования. У этих женщин беременность может быть сохранена при благоприятном течении заболевания, если нет выраженных изменений со стороны внутренних органов, гипертония не велика, имеется тенденция кровяного давления к снижению, при условии отсутствия акушерской патологии.

Если гипертоническая болезнь диагностируется в более поздние сроки беременности, когда ее прерывание связано с серьезным оперативным вмешательством, а больная настаивает на сохранении беременности, приходится нередко разрешать беременность даже при II стадии заболевания. Такие больные должны находиться на особом учете и наблюдаться не только врачом-терапевтом и акушером, но периодически консультироваться невропатологом и окулистом.

Необходимо подчеркнуть, что в отношении этих больных требуется педантичное соблюдение правил охранительного режима, как в консультации, так и в стационаре. Необходимо избегать всех моментов, могущих травмировать психику, учитывая важное значение нервно-психических факторов в прогрессировании заболевания.

Беременной следует рекомендовать соблюдение гигиено-диетического режима, избегать переутомления, соблюдать часы



приема пищи, сна, обязательно ввести дневной отдых, прогулки на свежем воздухе.

Пища рекомендуется разнообразная, полноценная с большим количеством углеводов, но с ограничением соли, жиров. Рекомендуются витамины С и Р. Беременные с неосложненным течением беременности не нуждаются в ограничении белка.

При ухудшении состояния, склонности артериального давления к повышению, появлении симптомов позднего токсикоза беременная должна быть срочно госпитализирована на родоразрешительную койку для проведения соответствующего лечения.

Для лечения гипертонической болезни у беременных применяются те же препараты, что и в терапевтической клинике, т. е. направленные на снижение артериального давления. Рекомендуется бром, небольшие дозы люминала, амитал-натрия как седативные средства, а также различные комбинации спазмолитических средств (папаверин, дибазол, эуфиллин, платифиллин и др.).

Благоприятные результаты дает лечение резерпином, проводимое под ежедневным контролем пульса и артериального давления. Лечение этими препаратами проводится в комбинации с оксигенотерапией и внутривенным вливанием глюкозы с аскорбиновой кислотой.

Поздний токсикоз, развившийся на фоне гипертонической болезни, лечится обычным путем в соответствии с клинической его формой по принципам метода Строганова—Бровкина. Следует учесть, однако, что поздний токсикоз, наложившийся на гипертоническую болезнь, не всегда поддается обычной магниевой терапии. Нередки случаи, когда магниевая терапия такими больными плохо переносится. В этих случаях приходится либо уменьшать дозу вводимой сернокислой магнезии, либо совсем отменять ее.

Рекомендуемые в последнее время для лечения гипертонической болезни новые ганглиоблокирующие препараты (гексоний, апрессин и др.) и спазмолитические (диконин, апрофен и др.) при беременности могут применяться с большой осторожностью, только в условиях стационара и под наблюдением терапевта (Д. П. Чеботарев).

При стойком повышении артериального давления, развитии церебрального криза применяется кровопускание путем венепункции, либо гирудотерапии, что проводится, как правило, в условиях стационара. Если состояние беременной ухудшается, появляются органические симптомы со стороны центральной нервной системы, кризы, симптомы сердечной недостаточности, а также при тяжелом течении позднего токсикоза, наложившегося на гипертоническую болезнь, приходится прибегать к досрочному прерыванию беременности независимо от ее срока и состояния плода. Вопрос о способе родоразрешения решается индивидуально. При больших сроках беременности и выражен-

ных церебральных симптомах необходимо прерывание беременности произвести путем абдоминального кесарева сечения под эфирно-кислородным наркозом.

У повторнородящих, если нет резко выраженных симптомов нарушения мозгового кровообращения, можно прибегнуть к вскрытию плодного пузыря под наркозом с последующим применением родостимуляции, с тем, что если в ближайшие 5—6 часов роды не закончатся или наступит дальнейшее ухудшение состояния, — перейти на родоразрешение путем абдоминального кесарева сечения под эфирно-кислородным наркозом.

В случае благоприятного течения беременности и 1-го периода родов у женщин с гипертонической болезнью во 2-й стадии потужная деятельность должна быть полностью исключена путем наложения щипцов или вакуум-экстрактора.

## ГЛАВА X

### ГИПОТОНΙΑ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Сосудистая патология встречается при беременности довольно часто и нередко обуславливает возникновение ряда осложнений как в процессе самой беременности, так и в родах. В частности, это относится к гипотонии.

Осложнения при беременности и в родах у женщин, страдающих гипотонией, отмечают в своих работах С. Д. Астринский, Л. Э. Вайсман, О. С. Егоров, О. А. Калманова, А. В. Кудинцева, Л. Г. Месропова, Е. Д. Полинская, Л. А. Решетова, М. М. Тарабухин и М. И. Анисимова и др.

Частота гипотонии при беременности колеблется от 3 (В. К. Пророкова) до 6,5% (С. Д. Астринский), а по данным Л. Г. Месроповой, достигает 18,3% (к числу беременных, обратившихся в женскую консультацию). Особенно высока частота гипотонии у беременных женщин, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями (48%, по данным М. Л. Сухинина, Л. С. Павлова, З. М. Мельбард).

Клинические симптомы, свидетельствующие о наличии сосудистой патологии, разнообразны, и зависят главным образом от характера нарушений сосудистого тонуса. Правильная и своевременная оценка этих симптомов, являющихся нередко единственными признаками так называемых «стертых» (скрыто протекающих) форм токсикозов второй половины беременности и сердечно-сосудистых нарушений, имеет очень важное значение для сохранения здоровья беременной женщины.

Наиболее подробно изучена патология беременности, сопровождающаяся гипертоническим синдромом, и врачи женских консультаций имеют определенные рекомендации для правильной оценки симптомов, характеризующих этот вид сосудистой

патологии. Однако нельзя сказать того же о патологии, характеризующейся гипотонией. Последнее, по-видимому, объясняется существующей до настоящего времени некоторой недооценкой гипотонических состояний в акушерской практике.

Кроме того, следует учесть, что круг вопросов, касающихся гипотонии вообще и гипотонии у беременных женщин в частности, изучен недостаточно. Об этом свидетельствует прежде всего отсутствие до последнего времени единого представления о патогенезе и определении самого понятия «гипотония».

В литературе нашли свое отражение два направления взглядов на сущность гипотонии. Ряд авторов (Ю. Н. Аркусский, М. Дюма, Л. И. Исаева, К. Лиан, Ф. Мунк, М. Е. Образцова, Л. И. Фланчик, Л. Н. Фогельсон и др.) считают, что гипотония может быть самостоятельным заболеванием, другие (А. С. Берлянд, А. Л. Мясников, О. М. Сигал, Е. М. Тареев и др.) считают гипотонию симптомом ряда заболеваний. Многие авторы признают патогенетическую близость гипертонии и гипотонии (Н. Далли, Е. Килин, А. М. Корицкий, Д. О. Крылов, Г. Ф. Ланг и др.). По мнению Г. Ф. Ланга, гипертония и гипотония имеют единую этиологию и патогенез, в их основе лежат нарушения нейрогуморальных и гормональных механизмов.

А. М. Корицкий пишет, что «гипотония — не противоположное, а качественно видоизмененное состояние» (по отношению к гипертонии). Н. Далли считает, что гипертония и гипотония являются противоположными формами проявления недостаточного приспособления организма к условиям жизни и среды.

Особого внимания заслуживают исследования, выполненные коллективом сотрудников под руководством Н. С. Молчанова. На основании этих работ (при активном участии Н. Н. Савицкого) в 1952 г. была утверждена классификация нарушений сосудистого тонуса. Соответственно этой классификации из группы гипотонических состояний выделены: а) *физиологическая гипотония*, как форма необычной установки регуляции кровообращения у практически здоровых лиц, иногда физически хорошо тренированных, и б) *гипотония, являющаяся следствием невроза высших вазомоторных центров* (Е. В. Гембицкий, В. П. Сильвестров, А. Д. Пушкарев, П. С. Никулин и др.), и обозначаемая иногда как сосудистая дистония гипотонического типа. Последняя является патологическим состоянием, требующим лечения.

Практическое значение этих положений велико. Оно требует от врача акушера-гинеколога умения различать среди беременных — женщин с физиологической гипотонией, не требующей лечения, и женщин, страдающих сосудистой дистонией гипотонического типа.

У последней группы беременных наблюдаются следующие жалобы: общая слабость, апатия, быстрая утомляемость, сонливость в течение дня и плохой сон ночью, упорные головные боли,

иногда сопровождающиеся рвотой, головокружения особенно при переходе из горизонтального положения в вертикальное или под влиянием длительного стояния на ногах (ортостатизм), склонность к обморочным состояниям, особенно под влиянием жары или духоты, боли в области сердца, иногда сопровождающиеся брадикардией, иногда тахикардией, «ломоту» в руках и ногах, зябкость рук и ног и др. (С. Д. Астринский, Е. В. Гембицкий, Л. А. Дементьева, А. В. Кудинцева, Г. И. Маркелов, Л. Г. Месропова, Ф. Я. Примак, А. Д. Пушкарев, В. П. Сильвестров, В. В. Тиванов и др.).

Данные литературы и наблюдения, проведенные в Институте акушерства и гинекологии АМН СССР, показали, что патологическое течение беременности и родов наблюдалось главным образом у тех женщин, у которых гипотония сопровождалась указанными выше жалобами.

Характер осложнений при беременности и в родах и их частота при гипотонии показаны в табл. 2.

Таблица 2

**Частота и характер осложнений беременности и родов у женщин, страдающих гипотонией (по литературным данным)<sup>1</sup>**

Форма патологии	Частота в процентах к общему числу беременных с гипотонией
Угрожающее прерывание беременности . . . . .	11,8—41,2
Преждевременные роды . . . . .	7,4—18,0
Несвоевременное отхождение вод . . . . .	7,0—29,8
Аномалии родовых сил . . . . .	2,8—27,3
Атонические кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах . . . . .	3,2—21,3
Угрожающая асфиксия в родах . . . . .	10,0—14,8
Мертворождаемость . . . . .	1,06—11,05

Несмотря на большое различие в частоте осложнений беременности и родов по данным отдельных авторов, все же из таблицы видно, что гипотония не безразлична для беременности, отягощая ее течение и роды.

К числу указанных в таблице осложнений следует добавить поздние токсикозы беременности, которые нередко осложняют гипотонию и сведения о которых в литературе очень скудны. Вероятно, это следует объяснить тем, что правильная диагностика позднего токсикоза у беременных женщин, страдающих гипотонией, возможна только при условии наблюдения за изме-

<sup>1</sup> По данным работ С. Д. Астринского, Л. Э. Вайсман, А. В. Кудинцевой, Л. Г. Месроповой, М. М. Тарабухина и М. И. Анисимовой и отдела физиологии и патологии беременности ИАГ АМН СССР.

нением артериального давления с первых недель беременности в сопоставлении с данными до беременности (если таковые имеются).

Исследования, проведенные в Институте, показали атипичное течение токсикозов второй половины беременности у женщин, страдавших гипотонией. Как правило, токсикоз характеризовался быстрым (иногда внезапным) развитием, главным образом в сроки беременности после 36 недель, моносимптомностью (повышением артериального давления), что затрудняло своевременное распознавание и лечение этого грозного осложнения беременности.

Тот факт, что, по нашим наблюдениям, 60% женщин, страдавших гипотонией и имевших токсикоз второй половины беременности, имели жалобы, характерные для сосудистой дистонии (описанные нами выше), лишний раз убеждает в необходимости тщательно учитывать эти жалобы и уделять им должное внимание.

При установлении у беременных женщин диагноза гипотонии, следует иметь в виду возможное влияние самой беременности на величину артериального давления.

Проведенные нами в этом направлении исследования показали, что у женщин, имевших гипотонию до беременности, с наступлением последней артериальное давление, как правило, повышалось. Это явление противоположно тому, что мы наблюдали у женщин, страдающих гипертонической болезнью, у которых с наступлением беременности артериальное давление понижалось.

Таким образом, врач женской консультации, отмечая наличие гипотонии у беременной женщины, должен помнить, что это состояние может быть или признаком физиологической гипотонии или признаком сосудистой дистонии гипотензивного типа. И если первая форма не требует лечения, то во втором случае лечение необходимо.

Тщательно собранный анамнез, знание величины артериального давления до беременности и правильная оценка жалоб беременной женщины во время осмотра должны помочь врачу правильно поставить диагноз и назначить соответствующее лечение.

Лечение гипотонии в основном сводится к повышению сосудистого тонуса, применению средств, улучшающих гемодинамику. При этом, как правило, повышение сосудистого тонуса сопровождается улучшением общего самочувствия и снятием тягостных жалоб больной. В тех случаях, когда гипотония носит вторичный характер и обусловлена какими-либо другими заболеваниями, такими, как органические заболевания сердца с нарушением кровообращения, интоксикация — глистная инвазия (по данным А. И. Ушаковой, 20,9% женщин, имевших глистную инвазию, страдают гипотонией), анемия и другие, следует при-

менять лечение, направленное на устранение основного заболевания. Если же причина гипотонии неясна (что бывает чаще), терапия принимает симптоматический характер.

Большинство авторов рекомендуют пищу, богатую витаминами, внутривенные введения глюкозы, тонизирующие средства, применение лечебной физкультуры.

С целью повышения сосудистого тонуса применяют: дезокси-кортикостерон ацетат по 5 мг внутримышечно один раз в сутки, не более 50 мг на курс лечения (С. М. Беккер), мезотан по 0,01, 3 раза в течение трех дней (Е. В. Полинская). Подкожные инъекции стрихнина в растворе 1:1000 — 1 мл один раз в сутки в течение 5—6 дней, кортина — по 1 мл внутримышечно, ежедневно, всего 6—10 дней лечения, при анемии — переливание крови в небольших дозах, назначения компалона и других гематогенных средств (С. Д. Астринский).

А. В. Кудинцева рекомендует начинать лечение беременных, страдающих гипотонией, с психопрофилактической подготовки и лечебной гимнастики (в условиях стационара) и сочетать его с внутривенными инъекциями глюкозы с аскорбиновой кислотой, бромистого натрия 10%-ного раствора (10 мл) и с подкожными инъекциями кофеина в 10%-ном растворе (1 мл).

В целях профилактики аномалий родовой деятельности и кровопотери в родах А. С. Егоров рекомендует за 10—12 дней до родов применять стрихнин и настойку строфанта в общепринятых дозировках.

Вышеуказанные авторы отмечают, что правильное и своевременно примененное лечение беременных, страдающих гипотонией, оказывая благоприятное влияние на общее состояние, предупреждает возникновение у них патологии при дальнейшем течении беременности и последующих за ней родах.

Значительное распространение гипотонических состояний среди беременных, более частое патологическое течение беременности и родов у них — обязывает врачей женских консультаций уделить внимание своевременной диагностике и правильному лечению этого вида сосудистой патологии.

## ГЛАВА XI

### ОРГАНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА И БЕРЕМЕННОСТЬ

Без всякого преувеличения можно сказать, что при заболеваниях сердечно-сосудистой системы исход беременности для женщины и ее ребенка зависит от организации и качества работы женской консультации. Это учреждение должно решать все вопросы, связанные с беременностью, и осуществлять мероприятия по профилактике возможных осложнений. Обслужива-

ние беременных с органическими заболеваниями сердца требует серьезных знаний и внимания акушера-гинеколога и терапевта, знакомого с особенностями течения кардиальной патологии при беременности. Кроме этого, необходимы условия для определения не только характера заболевания, но главным образом функционального состояния компенсаторных механизмов. Частота сочетаний беременности с заболеваниями сердца, по литературным данным, колеблется от 2 до 6% (В. В. Сайкова) и даже до 10% (Г. М. Салганник). По данным женских консультаций Ленинграда, за последние пять лет наблюдается рост числа заболеваний аппарата кровообращения, регистрируемых женскими консультациями, что объясняется не истинным ростом заболеваемости, а лишь улучшением диагностики и учета. Привлечение внимания врачей женских консультаций к проблеме «Беременность и сердце» позволяет не только улучшить выявление указанной патологии, но и значительно снизить при ней материнскую летальность.

Большой интерес представляет частота отдельных клинических форм сердечно-сосудистых заболеваний по данным женских консультаций.

В литературе нам не удалось найти указаний по этому вопросу, в связи с чем приводим табл. 3, составленную на основе анализа деятельности женских консультаций Ленинграда.

Таблица 3

**Частота клинических форм органического заболевания сердца у беременных по данным женских консультаций**  
(в процентах к общему числу больных)

Наименование клинических форм	1958 г.	1959 г.
Недостаточность митрального клапана сердца . . .	57,0	60,4
Комбинированный митральный порок сердца . . .	21,7	27,3
Миокардиодистрофия . . . . .	21,3	12,3

Из табл. 3 видно, что первое место занимает недостаточность митрального клапана сердца, второе — комбинированный митральный порок сердца и третье — миокардиодистрофия.

Диагностика органических заболеваний сердца в условиях женских консультаций строится обычно на основании анамнеза, перкуссии, аускультации и рентгеноскопии. Учитывая современное состояние вопроса борьбы с сердечными заболеваниями, эти методы следует считать явно недостаточными, так как они не дают исчерпывающего представления о функциональном состоянии миокарда. В настоящее время надо считать твердо установленным, что в исходе беременности и родов у кардиаль-

ных больных основное и главное значение имеет состояние резервных сил сердечной мышцы. Поэтому очередной задачей женских консультаций является определение функциональных возможностей миокарда при любом органическом поражении сердца. В этом отношении большую помощь оказывают электрокардиографическое и рентгенокимографическое обследования больных.

При диагностике сердечно-сосудистых заболеваний в женских консультациях допускается довольно большой процент ошибок, которые позже обнаруживаются в стационарных условиях. Это обстоятельство можно объяснить недостаточной осведомленностью акушеров-гинекологов и терапевтов женских консультаций в отношении физиологических изменений в сердечно-сосудистой системе при беременности. К числу таких изменений, проходящих бесследно после родов, относятся следующие:

1. При собирании анамнеза многие здоровые женщины, особенно во второй половине беременности, предъявляют ряд жалоб, аналогичных тем, которые характерны для сердечных больных. Это — утомляемость, общая слабость, головокружение, боли в области сердца, обморочные состояния («из-за одышки не могу есть», «не могу лежать на спине», «утром встаю разбитая» и т. д.).

2. Наблюдается часто увеличение границ сердца, вследствие изменения его положения, отхождения краев легких кзади и гипертрофии мышечных элементов, что связано с беременностью.

3. У некоторых беременных обнаруживается систолический шум на верхушке сердца. Его появление может быть в результате перегиба магистральных сосудов, отходящих от сердца при изменении его положения из-за высокого стояния диафрагмы; он может быть обусловлен относительной недостаточностью митрального клапана, развивающейся иногда во второй половине беременности, а также анемией.

4. Изменения со стороны крови:

а) начиная с 12-й недели беременности наблюдается быстрое увеличение общей массы крови. Если в небеременном состоянии количество крови составляет  $\frac{1}{16}$ — $\frac{1}{20}$  веса тела, то при беременности оно возрастает до  $\frac{1}{12}$ — $\frac{1}{14}$ ;

б) удельный вес крови понижается с 1054—1063 до 1049—1051, что обуславливает общую гидрофильность тканей;

в) увеличивается минутный объем. Уже к 3—5-му месяцу беременности минутный объем увеличивается на 30—50%, а к концу беременности он составляет шесть литров, вместо трех в норме. Хотя повышение минутного объема может вести к нарушению кровообращения, однако у здоровых беременных такого нарушения обычно не возникает, вследствие включения приспособительных механизмов;

г) скорость кровообращения прогрессирует с ростом беременности. У небеременных время кровотока равняется 18 се-



кундам; в первые три месяца она уменьшается до 12 секунд, а в последние три месяца — до 10 секунд;

д) свертываемость и вязкость крови повышается; количество фибрина и фибриногена повышается; количество тромбоцитов увеличивается;

е) активизируется деятельность костного мозга. Среди нормобластов увеличиваются митозы и число регенеративных форм. В периферической крови появляется нейтрофильный лейкоцитоз и лимфоцитоз. В красной крови отмечается некоторое уменьшение числа эритроцитов и гемоглобина. Цветной показатель равняется 0,9, что указывает на интенсивность эритробластической функции костного мозга.

5. Артериальное давление не претерпевает заметных изменений, но между 4-м и 9-м месяцами беременности оно может понижаться, вследствие ее депрессорного влияния. Венозное давление повышается с 5—6-го месяца беременности на нижних конечностях у 82% женщин (Л. А. Змитрович). Капиллярное давление изменяется мало.

6. Потребность в кислороде повышается на 25—30%, общая легочная вентиляция увеличивается на 50%. В газовом составе крови наблюдается сдвиг в сторону гипоксии и гипокапнии.

7. Электрокардиограмма в конце беременности представляет черты, характерные для лежачего сердца с максимальной величиной зубцов в первом отведении и минимальной в третьем отведении. Часто к концу беременности отмечается увеличение зубца Q или T в третьем отведении, что придает электрокардиограмме характер левого типа. Нередко зубец S бывает отрицательным в третьем отведении.

Описанные гемодинамические сдвиги у здоровых беременных женщин схожи с изменениями у лиц, выполняющих умеренную физическую работу, и исчезают, как правило, после родоразрешения. Указанные выше изменения необходимо иметь в виду врачам женских консультаций, так как, будучи физиологическими, они в ряде случаев могут симулировать органические заболевания сердца и тем самым служить источником ошибок.

При заболеваниях сердца беременность является большой дополнительной нагрузкой, с которой больное сердце справляется при условии хорошего функционального состояния миокарда. Беременность лучше протекает и переносится женщинами, имеющими заболевания, компенсация которых обеспечивается мощным левым желудочком (например, при недостаточности митрального клапана сердца).

Несравненно более тяжелое течение беременности имеет место при комбинированном митральном пороке сердца с преобладанием стеноза и при сильных степенях стенозирования, так как компенсация этого порока сердца обеспечивается маломощным правым желудочком. Врожденные пороки сердца не являются частым осложнением беременности (0,2%). Более тяжелое те-

чение беременности наблюдается при болезни Голочинова — Роже (Лунд) и сужении перешейка аорты (М. Я. Мартыншин).

Кроме декомпенсации сердечной деятельности, органические пороки сердца, возникшие недавно, формирование которых еще не закончено, опасны из-за возможности эмболии на почве текущего эндокардита, а давние — вследствие миофиброза.

Эндокардиты и миокардиты встречаются у беременных в 0,2—0,3% случаев. Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что при наличии латентно протекающего эндокардита беременность весьма часто способствует его вспышке, обостряет его течение и он переходит в более тяжелую форму (Д. Ф. Чеботарев). При этих заболеваниях, имеющих крайне тяжелое течение и дающих высокую летальность, беременность абсолютно противопоказана.

Хирургическое лечение стеноза предсердно-желудочкового отверстия или митральной болезни с преобладанием стеноза может проводиться в первые месяцы беременности.

Нарушение кровообращения при заболеваниях сердца у беременных встречается в среднем у 50% больных.

По классификации Ланга, различают три степени расстройства сердечной деятельности. К признакам декомпенсации могут быть отнесены: стойкая тахикардия, понижение артериального давления, уменьшение количества и повышение удельного веса мочи, появление альбуминурии, одышки, отеков, бессонницы и т. д. Обнаружение первых признаков циркуляторных нарушений и является одной из главнейших задач врачей женских консультаций. Незначительные и легкие степени сердечной недостаточности при беременности являются показаниями для лечения, а следовательно и для госпитализации, ибо только в стационаре можно организовать правильный режим и терапию. В. В. Сайкова сообщает о многих случаях благополучного течения беременности и родов при тяжелых органических поражениях сердца, если женщины в течение беременности госпитализировались 3—4 раза и на длительные промежутки времени. Это лишний раз подчеркивает значение своевременного стационарирования.

Изложенные общие сведения могут служить только канвой для построения плана обслуживания беременных с кардиальной патологией. Цели и задачи женской консультации состоят в обеспечении доношивания беременности, нормального течения родов, сохранения жизни матери и ее ребенку.

В направлении этих задач можно рекомендовать следующий порядок ведения беременных с органическими заболеваниями сердца:

1. Необходимо иметь информацию (через участкового терапевта) о характере и давности заболеваний сердечно-сосудистой системы у женщин детородного возраста, проживающих в районе деятельности женской консультации — участка.

2. Совместно с терапевтом проводить мероприятия по предупреждению беременности при наличии противопоказаний.

3. Обеспечить раннюю явку в женские консультации беременных, имеющих ту или иную патологию сердца.

4. Диагноз заболевания и функционального состояния миокарда необходимо уточнить в ранние сроки беременности путем тщательного собранного анамнеза, анализа жалоб больных, систематического акушерского и терапевтического наблюдения, лабораторного, рентгеноскопического и электрокардиографического обследования.

5. Как только будет установлен диагноз органического заболевания сердца и срок беременности, акушер, совместно с терапевтом должны наметить план действий по отношению к каждой беременной в отдельности с учетом всех клинических и анамнестических данных и, в первую очередь, следует решить — можно ли продолжать беременность или следует прервать ее?

Прерывание беременности производится согласно перечню заболеваний, изложенных в приказе Министра здравоохранения СССР от 31/X 1951 г. за № 375. Однако опыт показывает, что решить дилемму — прервать или сохранить беременность — не всегда легко. Во многих случаях, вопреки собственному твердому убеждению, врач, уступая настойчивому желанию беременной женщины и ее мужа, разрешает продолжение беременности. При создавшейся ситуации врач берет на себя большую ответственность и обязанность особо тщательного контроля и наблюдения. Уместно напомнить, что у молодых первобеременных женщин с заболеваниями сердца беременность и роды протекают чаще всего благополучно. Однако при митральной болезни эти условия не могут быть вескими доводами в надежде на благоприятный исход, так как нарушения кровообращения при этой болезни развиваются неожиданно быстро. По мнению Г. Ф. Ланга и В. Ф. Зеленина, при развивающейся беременности вряд ли возможна полная компенсация. Обычно комбинированный митральный порок сердца сопровождается хроническим состоянием расстройств компенсации, ведущим к кислородному голоданию (гипоксемии), что в свою очередь весьма небезразлично для внутриутробного плода и организма матери (А. П. Николаев). О влиянии беременности при комбинированных митральных пороках сердца Н. Д. Стражеско писал следующее: «Однако не надо забывать, что в случае стеноза левого предсердно-желудочкового отверстия иногда может совершенно неожиданно наступить картина острой недостаточности, аритмия и острый отек легких. Необходимо учитывать, что у отдельных больных все наши лечебные мероприятия с целью борьбы с острым отеком, в том числе и кесарево сечение, могут не дать благоприятных результатов».

По нашим данным, среди умерших при комбинированном митральном пороке сердца основную группу составили молодые

(до 25 лет) первобеременные женщины. Если имеются показания, то прерывание беременности необходимо осуществить в ранние сроки, ибо аборт, произведенный позже, не всегда предупреждает тяжелые осложнения и летальный исход. Совсем нередко состояние беременной длительное время остается хорошим, а затем на каком-то этапе развивается декомпенсация сердечной деятельности. В этих случаях показана неотложная госпитализация для лечения и решения вопроса о дальнейшем продолжении беременности. Необходимо помнить, что при митральной болезни декомпенсация сердечной деятельности развивается значительно чаще и в более ранние сроки беременности, чем при других клинических формах.

Осложнение беременности поздним токсикозом в значительной степени ухудшает течение основного страдания при всех заболеваниях сердца и ухудшает прогноз. Поэтому очень важно при начальных признаках развивающегося токсикоза беременных начать его лечение всеми доступными средствами. Противопоказаний к применению мероприятий, направленных на лечение позднего токсикоза, у беременных с органическими поражениями сердца не имеется.

6. Женщины, которым разрешено продолжение беременности при заболевании сердца, ставятся в несколько отличные условия наблюдения. Во-первых, на каждую из них заводится карта диспансерного больного (ф. 30), в которой делаются записи акушером-гинекологом и терапевтом, делающими совместный осмотр при каждом посещении беременной консультации. Если позволяет состояние больной женщины, она должна посещать женскую консультацию чаще, чем здоровые беременные, а именно — 2 раза в месяц в течение первой половины беременности и каждые 10 дней — во второй. При невозможности по тем или иным причинам частых посещений консультации, терапевт и акушер-гинеколог должны осуществлять систематическое наблюдение в домашних условиях. При отказе от показанной госпитализации в лечебное учреждение приходится идти на компромисс — госпитализировать больную на дому — обеспечить постоянное наблюдение и необходимое лечение.

7. Режим для больных с компенсированным пороком сердца остается обычным. В домашних условиях беременная может выполнять привычный круг работы с 1—2-часовым отдыхом днем и длительным ночным сном. При бессоннице полезно назначать снотворные (мединал, амитал-натрий, бромурал и др.). Работницы промышленных предприятий, занятые на производствах, имеющих профвредность — в цехах с повышенной влажностью и запыленностью, в горячих цехах и на стоячей работе, подлежат с первых месяцев беременности переводу на облегченную, менее уплотненную, с лучшими гигиеническими условиями работу. Наличие даже легких степеней нарушения кровообращения исключает возможность всякой работы.

Беременные с компенсированными заболеваниями сердца не требуют назначения специальной диеты, но их надо поставить в известность о вреде больших количеств жидкости, пряностей, острой и сильно соленой пищи. Полезно систематическое применение витаминов (особенно комплекса В). При необходимости в целях профилактики можно назначать «разгрузочные дни».

8. Психопрофилактическая подготовка беременных к родам обязательна для всех женщин с заболеваниями сердца. Начинать ее надо с первого обращения в женскую консультацию. Но здесь, как впрочем и везде, акушер-гинеколог должен проявлять осторожность; он не должен без нужды чрезмерно фиксировать внимание беременной на ее заболевании и опасностях, которые с ним связаны. С другой стороны, недостаточная осведомленность может повести к вредным нарушениям режима, к невыполнению врачебных назначений и т. д. Нужна средняя линия поведения врача, его теплое доброжелательное отношение к больным. В этом залог успеха в смысле отношения беременной к своему заболеванию и ее поведения в родах. Психопрофилактические беседы могут быть групповыми и индивидуальными. Не исключается возможность физкультурной подготовки по комплексам для беременных.

9. Госпитализация является весьма важным звеном в общей системе обслуживания женщин с заболеваниями сердца. При тяжелых органических поражениях и при склонности к декомпенсации показана профилактическая госпитализация 3—4 раза во время беременности, каждый раз на 2—3 недели. Часто возникает вопрос, в какие учреждения госпитализировать этот контингент беременных? Практика показывает, что не все руководители терапевтических отделений соглашались на помещение к ним беременных. Между тем в интересах лучшего обслуживания беременных с кардиальной патологией до 28—30 недель беременности следует госпитализировать в терапевтические, а позже этого срока — в акушерские учреждения. Госпитализация должна быть безотказной, а при выраженных степенях циркуляторных расстройств — неотложной. Выписывая больную, стационар обязан уведомить об этом врача женской консультации и участкового терапевта территориальной поликлиники. Последние обязаны навестить женщину в день выписки, чтобы назначить ей лечение и день посещения консультации. Согласно методическому письму Министерства здравоохранения СССР все беременные с кардиальной патологией подлежат госпитализации за 2—3 недели до родов. Последнее мероприятие очень важно и его надо неуклонно выполнять, так как оно дает возможность еще раз уточнить характер заболевания, степень компенсации, провести подготовительное лечение и составить план ведения родов. После родов кардиальные больные должны получить 70-дневный отпуск.

10. Беременных с заболеваниями сердца рекомендуется направлять в санатории «Мать и дитя» и в другие, где им может быть обеспечено квалифицированное наблюдение и лечение. До 6 месяцев беременности сердечная патология не является противопоказанием для направления по путевкам в кардиологические и общего типа санатории.

Качество обслуживания беременных с органическими заболеваниями оценивается по отсутствию тяжелых степеней декомпенсации в родах у жительниц района деятельности женской консультации. Поэтому каждый случай поступления женщины в родильный дом с нарушением кровообращения II или III степени подлежит анализу на совместных совещаниях врачей стационара и женской консультации в целях выявления причин неправильного ведения больных.

Учитывая особенности течения органических заболеваний сердца при беременности, главным акушерам-гинекологам рекомендуется проводить соответствующие семинары и циклы занятий с врачами-терапевтами женских консультаций и родильных домов.

## ГЛАВА XII

### ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН У БЕРЕМЕННЫХ

Литература, касающаяся варикозного расширения вен у беременных, весьма ограничена. В современных руководствах по акушерству этому вопросу уделены немногие строки. Между тем эта патология при беременности встречается часто, сопровождается иногда выраженными болезненными проявлениями и нередко ставит врача женской консультации в затруднительное положение в отношении оказания рациональной лечебной помощи.

По данным разных авторов, варикозное расширение вен у беременных встречается в 11—90%, в среднем у 25% женщин. Такое расхождение цифр объясняется различием в учете лиц с разной степенью выраженности этого осложнения беременности.

Причина возникновения варикозного расширения вен до последнего времени не может считаться окончательно выясненной. Некоторые авторы (И. Ф. Жордания) относят эту патологию к группе ранних токсикозов беременных. Среди различных теорий происхождения варикозного расширения вен (механической, клапанной, наследственно-конституциональной, нейрогенной и др.) в последнее время все больше привлекает внимание эндокринная теория. Выдвинутая работами Гожье и Сикара, эта теория опирается на такие факты, как появление варикозного расширения вен в первые месяцы беременности, склонность к этому заболеванию после двустороннего удаления яичников, во время месячных, в начале менопаузы и пр.

Значение гормонального фактора в патогенезе варикозного расширения вен у беременных находит также подтверждение в благоприятных результатах лечения этого осложнения фолликулином (Агеро, Беклер).

Предполагается, что в основе варикозного расширения вен лежит понижение тонуса стенок венозных сосудов в связи с абсолютной или относительной недостаточностью эстрогенных гормонов и превалирования в силу этого гормона желтого тела. Этим обстоятельством Косленд объясняет особенно низкий процент самопроизвольного прерывания беременности у женщин, имеющих варикозное расширение вен.

Клинические проявления варикозного расширения вен общеизвестны и в значительной мере связаны со степенью выраженности этой патологии: жалобы на боли и тяжесть в ногах, быструю утомляемость при ходьбе, иногда судороги в икроножных мышцах, чувство жжения, ползания мурашек, одеревенелости, зябкости, ломоты в ногах, снижение трудоспособности. Варикозное расширение вен на нижних конечностях нередко сопровождается плоскостопием, паховой грыжей и X-образным искривлением ног, а иногда осложняется поверхностным тромбофлебитом, экземой, трофического характера изъязвлением, дерматитами и пр. В отдельных случаях в связи с варикозным расширением вен наружных половых органов и влагалища у беременных возникает зуд.

По наблюдениям отдельных авторов, варикозное расширение вен может быть источником сильного кровотечения из наружных половых органов в последовом и раннем послеродовом периодах (И. И. Яковлев), описаны случаи разрыва при беременности варикозного узла на матке (Крушвиц), варикозно расширенной маточной вены (Финч).

Нами, на основании изучения особенностей течения беременности у женщин с выраженным варикозным расширением вен на нижних конечностях, установлено, что при беременности у таких лиц, помимо низкой частоты самопроизвольного преждевременного прерывания беременности, имеет место большая частота аномалий прикрепления плаценты. Особенности течения родов у этой категории беременных является сравнительно большая частота слабости родовой деятельности, отслойки нормально расположенной плаценты, обвития пуповины, кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах и послеродовых заболеваний.

Можно предположить, что в основе большинства из указанных осложнений беременности и родов у женщин с варикозным расширением вен лежит затруднение венозного оттока, приводящее к нарушению нормального кровообращения в матке и ее сократительной способности.

Таким образом, варикозное расширение вен у беременных нельзя оценивать как безобидную патологию, поскольку оно в

ряде случаев может явиться причиной серьезных осложнений беременности и родового акта.

Для лечения варикозного расширения вен у беременных предложено много разных средств. Известное влияние на выбор или рекомендацию того или иного средства терапии имело различное представление об этиологии и патогенезе данного заболевания.

Имеются единичные высказывания о невмешательстве в эту патологию, так как наличие беременности исключает возможность успешного лечения, а после ее прекращения варикозное расширение вен уменьшается и даже может полностью исчезнуть. Однако большинство авторов отмечают опасность такого пренебрежительного отношения к этому осложнению беременности (Бигелейзен, Салливан и др.).

К числу общеизвестных средств лечения варикозного расширения вен, не потерявших своего значения и в настоящее время, относятся ограничение продолжительности пребывания на ногах, ношение эластических повязок и чулок, возвышенное положение ног при лежании, ношение стелек для исправления плоскостопия, устранение циркулярных повязок для чулок, легкий массаж. Однако эффективность всех этих средств, как правило, ограничена временем их применения. Были попытки применить для лечения электрический ток (гальванизация, диатермия, фарадизация, дарсонвализация, ионофорез), но без особого успеха. Имеются указания о благоприятном влиянии витаминов Е и Р. Вейтце рекомендует лечение варикозного расширения вен у беременных препаратом веностазином, представляющим собою экстракт, содержащий витамин В<sub>1</sub>. По мнению И. Ф. Жордания, лечение варикозного расширения вен следует проводить по тем же принципам, что и при других формах раннего токсикоза беременных.

Наш опыт лечения варикозного расширения вен при беременности (ИАГ АМН СССР) показал благоприятные результаты от применения эстрогенных препаратов, диэтилстильбэстрола и синэстрола, изготовленных в таблетках. Каждая таблетка диэтилстильбэстрола содержала 1 мг вещества, что соответствовало 20 000 м. е. гормона; таблетка синэстрола содержала также 1 мг вещества, что соответствовало 10 000 м. е. гормона. Лечение начиналось с назначения в течение 3—4 дней по 10 000 м. е. этих препаратов (1 таблетка синэстрола или 1/2 таблетки диэтилстильбэстрола), а в дальнейшем, при отсутствии явлений индивидуальной непереносимости этого средства (тошнота, иногда рвота, боли в области печени), суточная дозировка увеличивалась вдвое, т. е. до 20 000 м. е. (в два приема). Число дней лечения было различным в зависимости от срока беременности, при котором начиналось лечение, и от полученных результатов. В связи с этим общая доза полученных эстрогенов колебалась у разных беременных в довольно широких



пределах — от 50 000 до 800 000 м. е. (беременные лечились стационарно и амбулаторно). Наиболее благоприятные результаты лечения были достигнуты при общей дозе полученных гормонов от 200 000 до 400 000 м. е., что соответствует примерно 2—3 неделям лечения. Последнее начиналось в любом сроке беременности и ни разу не приводило к преждевременному прерыванию последней. Результат лечения сказывался в уменьшении степени выраженности варикозного расширения вен вплоть до его исчезновения, уменьшении или исчезновении болей в ногах, судорог, утомляемости, а также в уменьшении частоты указанных выше осложнений при последующих родах. При наличии признаков тромбоза это лечение проводиться не должно.

Полученные благоприятные результаты от лечения варикозного расширения вен эстрогенами косвенно свидетельствуют о большой роли гормональных нарушений в патогенезе этого осложнения беременности и требуют отказа от укоренившихся механистических представлений в этом вопросе.

### ГЛАВА XIII

## БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ НЕКОТОРЫХ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Вопросы, связанные с особенностями протекания беременности и особенностями лечения женщин, страдающих заболеваниями желез внутренней секреции, во время беременности, приобретают в последнее время особое значение ввиду большого распространения этих заболеваний и появления ряда новых методов лечения.

Среди этих заболеваний наиболее распространенными являются сахарный диабет и заболевания щитовидной железы (токсический и нетоксический зоба).

### САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И БЕРЕМЕННОСТЬ

У женщин, страдающих сахарным диабетом, нелеченных или леченных неправильно, беременность наступает редко. При наступлении беременности у таких больных лишь в половине случаев она заканчивается рождением жизнеспособного ребенка. Наибольшую угрозу представляют выкидыши в первые месяцы беременности, развитие гигантских плодов, внутриутробная смерть плода в последние недели беременности. Смертность новорожденных от матерей, больных сахарным диабетом, в несколько раз превышает смертность детей от здоровых матерей. Наиболее частыми причинами смерти новорожденных являются гиалиновые мембраны легких, поражения миокарда, врожденные уродства (которые у детей, рожденных больными диабетом

женщинами, встречаются в 6—7 раз чаще, чем у детей здоровых женщин), гипогликемия.

У беременных, больных сахарным диабетом, чаще, чем у здоровых женщин, беременность осложняется многоводием, ранними и поздними токсикозами.

Положение значительно улучшилось при правильном использовании современных методов лечения сахарного диабета. Опасность утяжеления диабета у матери, которая чаще наступает во второй половине беременности, и опасность развития кетоза и комы во время родов в настоящее время могут быть надежно предотвращены при систематическом наблюдении за динамикой течения заболевания в различные периоды беременности.

При решении вопроса о возможности сохранения беременности у женщины, страдающей сахарным диабетом, следует учитывать ряд обстоятельств. Один из наиболее серьезных вопросов — в какой мере реальна опасность развития в будущем диабета у ребенка, рожденного матерью, больной сахарным диабетом. По различным статистическим данным около 25% больных сахарным диабетом имеют отягощенную диабетическую наследственность. Необходимо тщательно изучить анамнез больных и при наличии повторных случаев заболевания сахарным диабетом среди родственников родителей следует считаться с большей опасностью наследственной передачи сахарного диабета. Эта опасность особенно велика при наличии диабета по линии и отца и матери. При наличии диабета только у матери или только у отца или только у одного из родственников опасность передачи диабета по наследству резко уменьшается.

При решении вопроса о сохранении беременности необходимо также считаться с формой и течением диабета, с организованностью и дисциплинированностью больных, возможностью и желанием их выполнять врачебные назначения.

Безусловным показанием для прерывания беременности является наличие сосудистых осложнений диабета (нейроретинопатии, интракапиллярного гломерулосклероза и пр.), инсулинорезистентных форм заболевания, формы диабета с большим непостоянством эффекта инсулина и быстрым повышением гипергликемии у правильно отрегулированных больных, склонности больных к внезапному развитию тяжелых гипогликемических состояний без начальных симптомов гипогликемий.

Но всегда надо помнить, что диабет является фактором, который может осложнить течение беременности, и, с другой стороны, беременность при определенных формах сахарного диабета может привести к утяжелению заболевания. Поэтому всякая больная сахарным диабетом имеет право на прерывание беременности по медицинским показаниям.

При желании матери иметь ребенка и при отсутствии прямых показаний для прерывания беременности последняя может

быть сохранена. Правильное лечение диабета может предотвратить опасности, связанные с утяжелением течения диабета, и значительно уменьшить опасности для плода и новорожденного.

*Обследование беременных, больных сахарным диабетом, и наблюдение за ними.* У каждой беременной, больной сахарным диабетом, необходимо еженедельно исследовать суточную мочу на сахар и ацетон (в общем количестве мочи, если больная находится на диетическом лечении, или дробными порциями, если проводится лечение инсулином). Еженедельно следует также производить общий анализ мочи, контролировать вес и артериальное давление. Исследование сахара крови натощак рекомендуется производить не реже двух раз в месяц. Необходимо учитывать, что во второй половине беременности нередко наблюдается снижение почечного порога проходимости; при этом в известной мере уменьшается значение наличия сахара в моче для контроля над углеводным обменом и возникает необходимость чаще исследовать сахар крови как натощак, так и в течение суток.

В тех случаях, когда гликозурия впервые выявлена во время беременности, необходимо специальное обследование для уточнения ее природы. Беременность может быть фактором, способствующим выявлению скрыто протекающего сахарного диабета. С другой стороны, у женщин, не больных диабетом, во время беременности может понижаться почечный порог проходимости для сахара, что приводит к так называемой гликозурии беременных. У беременных, у которых в моче обнаружен сахар (а исследование на сахар должно производиться всем беременным в моче, собранной за сутки), надо исследовать сахар крови натощак. Если он окажется нормальным, следует исследовать  $2\frac{1}{2}$ —3-часовую сахарную кривую после нагрузки 100 г сахара с одновременным исследованием мочи на сахар за время кривой. Только нормальная сахарная кривая может позволить исключить диабет у беременной с гликозурией, а сопоставление кривой сахара крови и выделения с мочой сахара дает возможность уточнить вопрос о почечной гликозурии.

В специальном наблюдении и обследовании нуждаются беременные, не страдающие явным диабетом, у которых в прошлом были рождения крупных плодов. У таких женщин в течение дальнейшей жизни, иногда через много лет после беременности, закончившейся рождением крупного ребенка, может выявиться сахарный диабет. Поэтому их следует рассматривать как подозрительных на наличие у них скрытого диабета, в особенности если у них среди родственников имеются больные сахарным диабетом или если у беременной в прошлом после рождения гигантского плода наблюдалась значительная прибавка в весе. Этим беременным, помимо анализа мочи на сахар из суточного количества, надо исследовать сахар крови натощак — и, если он будет нормальным, — сахарную кривую после нагрузки. Ис-

следование надо провести в начале беременности и повторить во второй половине беременности.

Состояние углеводного обмена должно быть уточнено также у тех беременных, у которых во время беременности резко нарастает вес (при отсутствии у них отеков).

Беременных, правильно отрегулированных на инсулинотерапии, при отсутствии специальных показаний рекомендуется госпитализировать в родовое отделение за 4—6 недель до родов.

Больных, которые до начала беременности не были правильно отрегулированы, необходимо, кроме того, госпитализировать сразу после выявления у них беременности. Госпитализация в начале беременности рекомендуется также тем больным, которые до начала беременности были отрегулированы на диетическом лечении. У этих больных необходимо уточнить вопрос, можно ли им во время беременности ограничиться диетой или им нужно перейти на лечение инсулином.

Безусловно нуждаются в госпитализации беременные, больные сахарным диабетом, при появлении у них симптомов раннего или позднего токсикоза и других осложнений беременности, а также те, у которых сахарный диабет впервые выявлен во время беременности.

При легких формах сахарного диабета и при отсутствии упадка питания у больных, которые до наступления беременности получали только диетическое лечение и были на нем вполне компенсированы (сахар в моче отсутствовал, уровень сахара в крови натощак и в течение дня был нормальным), — можно ограничиться одним диетическим лечением и во время беременности. Калорийность диеты и содержание в ней продуктов, богатых углеводами (хлеб, крупа, картофель), определяется степенью толерантности к углеводам и весом больных. В случаях с избыточным весом диета может быть с пониженной калорийностью с учетом желательного снижения веса. В случаях с нормальным и с пониженным весом калорийность должна быть в пределах физиологических норм. Во всех случаях должно быть обеспечено достаточное содержание в диете белков (2 г на 1 кг), витаминов, минеральных солей. Из продуктов, богатых углеводами, должны быть исключены продукты, содержащие легко всасывающиеся сахаристые углеводы. Необходимо обеспечить стабильность содержания углеводов в диете и прием продуктов, богатых углеводами, равномерными порциями не реже четырех раз в течение суток. Некоторое ограничение углеводов в диете в зависимости от особенностей диабета и веса больных не оказывает неблагоприятного влияния на мать и на плод.

Такие же диетические мероприятия должны быть применены у больных, у которых во время беременности выявлен скрытый диабет, а также в тех случаях, когда во время беременности резко нарастает ожирение.

В легких случаях диабета у больных с нормальным весом и

в особенности при упадке питания и пониженной толерантности к углеводам, не дающей возможности обеспечить физиологические нормы питания при стойком сохранении нормального уровня сахара в крови и отсутствии сахара в моче, возникает необходимость назначения инсулина. Лечение инсулином должно проводиться при физиологической диете, в состав которой должны входить в достаточном количестве все необходимые пищевые продукты, включая углеводы.

Методика инсулинотерапии (время введения инсулина, подбор его доз, распределение углеводов после инъекции инсулина, контроль за содержанием сахара в крови и в моче и т. д.) аналогична методике лечения инсулином диабета у небеременных.

Чрезвычайно важно добиться полной компенсации диабета в первые месяцы беременности; в то же время в этом периоде нежелательны гипогликемии. Поэтому необходима особая педантичность в отношении соблюдения всех основных требований, предъявляемых к правильно организованной инсулинотерапии, немедленное понижение доз инсулина при устранении сахара в моче и нормализации уровня сахара крови в течение дня.

Особенно тщательное и систематическое наблюдение за больной с ежедневным исследованием мочи на сахар и ацетон необходимо в случае осложнения беременности ранним токсикозом. При этом с одной стороны возникает опасность гипогликемии в связи с тем, что больная не удерживает пищу, с другой — опасность кетоза, если пойти на значительное снижение доз инсулина. Необходимо, не снижая существенно дозы инсулина, добиваться введения больной тем или иным путем нужного ей количества углеводов. Если больной был введен инсулин и из-за рвоты она не могла принять очередную порцию углеводов, необходимо попытаться ввести углеводы в виде сладкого чая с лимоном, киселя и т. п.; если и это не представляется возможным и у больной будет отсутствовать сахар в моче, необходимо обеспечить подкожное или ректальное введение 6%-ного раствора глюкозы на физиологическом растворе. В случае тяжелого раннего токсикоза необходимо систематическое наблюдение врача — эндокринолога или терапевта.

В случае осложнения беременности поздним токсикозом диета определяется в значительной степени наличием токсикоза; ограничивается содержание соли, прием жидкости. Распределение в течение дня продуктов, богатых углеводами, должно производиться в соответствии с временем введения инсулина, как и у всякого другого больного сахарным диабетом. Уточнение доз инсулина должно производиться под контролем ежедневных анализов мочи на сахар и частых определений сахара крови натощак и в течение суток.

Вопрос о том, следует ли предоставлять роды у беременной, больной сахарным диабетом, естественному течению или же следует в интересах плода прибегать к преждевременному

искусственному родоразрешению, в современной литературе не является окончательно решенным. В то время как некоторые авторы рекомендуют обязательное преждевременное родоразрешение путем кесарева сечения или консервативным путем на 36—38-й неделе беременности, другие считают возможным прибегать к искусственному преждевременному родоразрешению только при наличии специальных показаний, в основном со стороны матери (при наличии различных осложнений беременности, гигантского плода и т. п.). Наиболее целесообразно придерживаться последней точки зрения, учитывающей в этом вопросе все клинические особенности заболевания и течения беременности.

Во время родов введение инсулина у больных, правильно отрегулированных, продолжается обычно в тех же дозах, как и до начала родовой деятельности. В соответствии с введенным инсулином больная во время родов должна получать и продукты, богатые углеводами; диета во время родов может быть изменена в сторону введения более легко усвояемых продуктов — белого хлеба, рисовой и манной каши, сахара. Дозы инсулина, количество и качество продуктов в диете у больных, недостаточно отрегулированных или нелеченных, должны определяться во время родов на основании повторных в течение суток анализов мочи на сахар и ацетон и анализов крови. У нелеченных больных в этот период надо опасаться развития прекоматозного состояния и при нарастании гликозурии и появлении в моче кетоновых тел необходимо немедленно увеличить дозы инсулина.

После родов потребность в инсулине может значительно изменяться в сторону как понижения, так и повышения. Уточнение доз инсулина в этот период производится по обычным правилам. Питание во время лактации должно быть также сохранено физиологическим.

Новорожденные от матерей, больных диабетом, требуют особого внимания врача.

При отсутствии лечения или при неправильном лечении во время беременности или во время родов может наступить состояние кетоза, диабетической прекомы или комы. Лечение этих состояний производится по общим принципам. В случае комы плод часто погибает.

### **ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ**

Беременность у женщины, страдающей неосложненной формой токсического зоба, при условии правильного и систематического применения современных способов лечения тиреотоксикоза может быть сохранена. Беременность, как правило, не утяжеляет тиреотоксикоза, в то время как прерывание беременности может ухудшить течение заболевания.

Безусловным показанием для прерывания беременности являются токсические зобы, осложненные мерцательной аритмией, сердечной недостаточностью, поражениями печени. Сохранение беременности нежелательно также при чрезмерно больших зобах, экзофтальмической офтальмоплегии.

Обязательным условием для продолжения беременности является правильное выполнение лечебных мероприятий, обеспечивающих устранение тиреотоксикоза. Невыполнение этих условий в случаях тиреотоксикоза средней тяжести и тяжелых может ухудшить состояние матери и нарушить развитие плода. Поэтому женщина, страдающая токсическим зобом, не желающая сохранять беременность или не имеющая возможности для систематического лечения, имеет право на прерывание беременности по медицинским показаниям.

Токсические зобы у родителей или родственников крайне редко передаются по наследству.

Если больная токсическим зобом, имеющая беременность, попадает под врачебное наблюдение в первые 3½ месяца беременности, ей может быть рекомендовано хирургическое вмешательство после предварительного устранения тиреотоксикоза антитиреоидными препаратами (1-метил-2-меркаптоимидазол, 6-метилтиоурацил). Во второй половине беременности предпочтительнее консервативная терапия.

Во всех случаях заболевания, где не показано оперативное вмешательство или оно не может быть проведено из-за отказа больной от операции, рекомендуется длительное применение антитиреоидных препаратов. Применение радиоактивного йода у беременных женщин безусловно противопоказано, ввиду того, что с 12-й недели беременности щитовидная железа плода начинает накапливать йод и может подвергнуться деструктивным изменениям.

Лечение антитиреоидными средствами — 1 метил-2-меркаптоимидазолом (мерказолилом, метотирином, метимазолом), 6-метилтиоурацилом должно проводиться так же, как у небеременных больных. Особенностью лечения беременных является то, что у них должно обращать специальное внимание на предотвращение гипотиреоза.

Лечение начинается с назначения мерказолила по 0,01 три раза в день или 6-метилтиоурацила по 0,2 два раза в день с последующим постепенным понижением доз после снятия тиреотоксикоза. На каждой сниженной дозе следует задерживаться около недели. Применение малых поддерживающих доз (мерказолил по 0,0025, 2 раза в день, 6-метилтиоурацил по 0,025, 2 раза в день) проводится более длительно — на протяжении 2—3 недель. При появлении каких-либо симптомов гипотиреоза или урежении пульса ниже 70 ударов в 1 минуту рекомендуется отмена препаратов. Во всех случаях после непродолжительного лечения малыми поддерживающими дозами антитиреоидных

препаратов больных со снятым тиреотоксикозом должен быть сделан интервал в терапии. При первых симптомах возврата тиреотоксикоза лечение должно быть возобновлено с назначением анти tireоидных препаратов в меньших дозах, чем во время первоначального курса. Такое прерывистое применение анти tireоидных препаратов создает условия для предотвращения гипотиреодных состояний у матери и устраняет опасность влияния гипотиреоза матери на формирование плода.

Никакого непосредственного токсического влияния анти tireоидных препаратов на щитовидную железу плода не установлено. Небольшое увеличение щитовидной железы у новорожденных, иногда развивающееся в результате лечения, быстро проходит вскоре после рождения без всякого лечения.

При лечении анти tireоидными препаратами необходимо еженедельно производить клинический анализ крови, обращая особое внимание на количество лейкоцитов и лейкоцитарную формулу.

Ввиду того, что анти tireоидные препараты выделяются с молоком матери, применение их в период лактации может вызвать состояние гипотиреоза у ребенка и является поэтому безусловно противопоказанным. Из этих же соображений безусловно противопоказано применение у кормящей матери радиоактивного йода. В случае рецидива тиреотоксикоза у матери в период кормления грудью необходимо перевести ребенка на искусственное вскармливание и провести лечение матери по общим правилам.

При наличии узловатого нетоксического зоба, в особенности при одиночном узле, в первые месяцы беременности показано хирургическое его удаление, так как всегда имеется опасность малигнизации. В последующие месяцы беременности вопрос о хирургическом вмешательстве решается в результате систематического наблюдения за динамикой роста узла. При прогрессирующем росте узла необходимо прервать беременность и удалить часть щитовидной железы с узлом.

Нетоксические диффузные зобы не препятствуют продолжению беременности и не требуют лечения.

В районах зобной эндемии лечение токсических и нетоксических зобов и вопросы сохранения и прерывания беременности решаются по тем же принципам, как и при спорадическом зобе с учетом формы, размеров железы, динамики этих изменений, наличия и степени тиреотоксикоза. При нетоксических эндемических зобах обязательным условием является йодная профилактика матери, которая в районах зобной эндемии должна проводиться всем беременным женщинам.

При гипотиреозе беременность наступает редко и в случае ее наступления требуется непрерывное лечение тиреоидином со стойким сохранением эутиреоидного состояния (нормальное психическое состояние больных, нормализация веса, пульса,



основного обмена и устранение прочих симптомов гипотиреоза на протяжении всей беременности). Устранение гипотиреоза является необходимым условием для нормального развития плода.

При других заболеваниях желез внутренней секреции, не имеющих большого распространения, вопрос о сохранении или прерывании беременности и о необходимой терапии должен решаться индивидуально при обязательной консультации врача — эндокринолога или терапевта. Надо помнить, что во всех случаях эндокринной патологии решение вопроса о сохранении беременности и обеспечении нормального ее течения может быть осуществлено только при строго координированной работе врача-акушера и эндокринолога или терапевта.

#### ГЛАВА XIV

### ПРОФИЛАКТИКА СТАФИЛОКОККОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РОДИЛЬНИЦ И НОВОРОЖДЕННЫХ

Замечательное достижение медицины в использовании лечебного действия антибиотиков снизило смертность от послеродового сепсиса до ничтожных цифр. Естественно, что такая высокая эффективность метода оказалась чрезвычайно привлекательной для большого круга практических врачей, в результате чего привела к весьма широкому применению антибиотиков, часто без достаточных оснований.

Помимо того, что антибиотикотерапия сопровождается нередко рядом побочных явлений в виде аллергических реакций, дисбактериоза, снижения иммунологических реакций, «лекарственной болезни», особого внимания заслуживает быстрая адаптация некоторых микробных видов даже к высоким концентрациям антибиотиков. Из года в год стал увеличиваться процент резистентных штаммов, в результате чего в ряде случаев при действительно тяжелом заболевании, обязательно требующем лечения антибиотиками, последние оказываются недействительными, а врач — беспомощным перед лицом реальной опасности.

Из представителей кокковой группы, играющих доминирующую роль в возникновении послеродовых заболеваний и заболеваний новорожденных, процессы адаптации к антибиотикам наиболее ярко выявились у стафилококка, причем во все возрастающей степени. Особое значение стафилококк, как возбудитель внутрибольничной инфекции, приобрел среди новорожденных и среди грудных детей. По данным австралийских врачей, число стафилококковых заболеваний среди новорожденных в крупных родильных домах увеличилось с 1,67% в 1952 г. до 8,8% в 1955 г.

В Чехословакии, по данным Брадач и Косьяновой, процент

госпитализации грудных детей (в связи с пиодермией, абсцессами и т. д.) в 1952 г. равнялся 4,9, а в 1955 г. возрос до 11,8. Имеются указания и на значительное возрастание доли стафилококковой инфекции в структуре смертности детей грудного возраста, особенно первых месяцев жизни. Если в 1953 г. за счет стафилококковых заболеваний относилось всего 1,9% общей смертности детей в возрасте до 1 года, то в 1954 г. эта доля повысилась до 5,8%, а в 1955 г. до 14,5% (Брадач и Брож). Аналогичные указания имеются и в работах советских ученых.

Кроме стафилококковых заболеваний новорожденных распространение антибиотикоустойчивого патогенного стафилококка привело к резкому росту заболеваний пуэрперальными маститами. Процент последних по отношению к числу родов в некоторых учреждениях достигает необычайно высоких цифр: 5,0—10,0 и даже 19,0 (Кюстнер, Кнэрт и Вальнер, Якоби).

Распространение внутрибольничных стафилококковых заболеваний, получившее в широких медицинских кругах название «госпитализм», связано со следующими источниками стафилококковой инфекции:

1. Персонал медицинских учреждений — носители патогенных стафилококков. Главным местом нахождения стафилококков у носителей является слизистая носа.

2. Персонал, страдающий заболеваниями кожи, стафилококковой этиологии.

3. Беременные (роженицы), поступающие в стационар с заболеваниями стафилококковой этиологии (фурункулы, панариции, пневмонии и др.).

В соответствии с этими возможными источниками инфекции профилактические мероприятия в родильных домах предусматривают следующее:

1. Строжайшее соблюдение санитарно-гигиенического режима (создание максимальной чистоты помещений, предметов ухода, правильное использование масок, частая смена спецодежды персонала).

2. Отстранение от работы сотрудников родовспомогательных учреждений при возникновении у них заболеваний стафилококковой этиологии (фурункулы, панариций, другие гнойничковые поражения кожи).

3. Систематическое обследование персонала на носительство патогенного стафилококка и перевод лиц, являющихся упорными носителями тех штаммов, которые чаще всего выделяются из патологических очагов, из родильных и детских отделений.

4. Ранняя и строгая изоляция детей и родильниц, у которых возникают стафилококковые заболевания кожи и в особенности дыхательного тракта.

Как показал опыт, проведение указанных мероприятий способствует значительному уменьшению числа стафилококковых заболеваний, однако методы, направленные главным образом

на уничтожение возбудителя в окружающей среде, все же не приводят к желаемым результатам.

Уничтожение же патогенного стафилококка в организме носителей является практически невыполнимым.

Испытание различных средств и способов санации зева и носа персонала — как основного источника инфекции, показало весьма кратковременное снижение массивности выделения стафилококков и почти не оказало влияния на уменьшение числа его носителей среди медицинского персонала.

Это обстоятельство побуждает усиливать и разрабатывать новые профилактические мероприятия, в чем значительную роль может сыграть женская консультация.

В первую очередь следует ограничить применение антибиотиков там, где имеется возможность обойтись без их помощи, в частности при хронических и подострых гинекологических заболеваниях. В этом отношении нельзя не согласиться с хирургом Д. М. Злотниковым (1958), который предостерегает от применения антибиотиков при таких заболеваниях, которые могут быть излечены другими более простыми средствами. Лечение антибиотиками должно применяться только тогда, когда без них нельзя обойтись.

Вторым важным мероприятием, помимо тщательного соблюдения беременной всех гигиенических требований, является выявление среди беременных лиц, страдающих фурункулами, параназальными, гидраденитами, тонзиллитами и другими гнойными заболеваниями, и санация всех этих беременных с целью предотвращения проникновения носителей инфекции в акушерские стационары.

Необходимо также путем тщательного опроса выяснять, не имеет ли беременная тесного контакта с лицами, страдающими перечисленными заболеваниями, и принять меры к предотвращению инфицирования беременной как методом разъяснения предохранительных мер, так и направлением больных для лечения в поликлиники.

Несмотря на важность и значение всех перечисленных выше мероприятий в отношении профилактики стафилококковой инфекции в акушерских стационарах, они не разрешают сложной проблемы «госпитализма», т. е. возникновения внутрибольничных заболеваний. Естественно поэтому обращение к методу специфической активной иммунизации беременных и рожениц с целью повышения невосприимчивости к основному фактору «госпитализма» — стафилококку.

В качестве специфического антигена избран стафилококковый анатоксин, иммунизация которым была разработана действительным членом АМН СССР проф. Г. В. Выгодчиковым и проф. Б. И. Воскресенским. Аналогичные работы были предприняты чехословацкими учеными Шебеком, Шубертом и Йогановским.

Препарат анатоксин, изготавливаемый Институтом эпидемиологии и микробиологии АМН СССР им. Н. Ф. Гамалея (Москва) представляет собою обезвреженный формалином и теплом стафилококковый токсин, обладающий высокими иммуногенными свойствами. Никакого вредного влияния на течение беременности и состояние внутриутробного плода иммунизация анатоксином не оказывает.

Реакция на введение анатоксина выражается в кратковременных болевых ощущениях на месте инъекции и в редких случаях в незначительном припухании и гиперемии кожи в окружности укола. Общая реакция в виде повышения температуры, чувства разбитости, головной боли наблюдается после первой прививки в 0,4%, после второй в 1,3% и после третьей в 2,7%. Течение родов у иммунизированных ничем не отличается от родов у неиммунизированных женщин, но пуэрперальный период протекает у них более благоприятно и сопровождается меньшим количеством послеродовых заболеваний, нежели в группе неиммунизированных родильниц.

Особенно выраженное профилактическое действие иммунизации проявилось в отношении пуэрперальных маститов и гнойничковых заболеваний новорожденных. До введения метода активной иммунизации беременных и рожениц процент начинающихся маститов по отношению к родам составил 2,8% (61 мастит у 2495 родильниц), а среди 1610 иммунизированных наблюдалось всего 14 начинающихся маститов, т. е. 0,9%. Количество поздних маститов, возникающих после выписки из Института, снизилось с 1,4 до 0,5%, т. е. также в 3 раза. Помимо этого оказалось, что маститы, возникшие у иммунизированных, легко купировались и не сопровождались значительным снижением лактации. Особенно важным является резкое падение числа гнойных маститов. Так, из 253 случаев мастита за 1956—1958 гг. нагноилось 59, т. е. 23,3%, а в 1959 г. при тех же методах лечения начинающихся маститов, но при проведении профилактической иммунизации, из 43 маститов нагноились лишь 2, т. е. 4,6%.

Особого внимания заслуживают материалы, касающиеся профилактики заболеваний новорожденных. Под наблюдением было 2405 детей. Из них 350 новорожденных от неиммунизированных матерей (контрольная группа), 1780 новорожденных, матери которых иммунизировались только в Институте (ускоренным методом), и 275 детей от матерей, иммунизированных в консультации, начиная с 32-й недели беременности.

В первой группе (контроль) заболевания стафилококковой этиологии выявлены у 25 детей, т. е. в 7,1%; во второй группе у 69 детей — 3,9%, т. е. почти в 2 раза меньше, и, наконец, в третьей группе было всего 6 больных — 2,18%, т. е. в 3 раза меньше, чем в первой. Важно также отметить, что в третьей группе результаты были наиболее благоприятными не

только в отношении снижения заболеваемости, но и в преобладании наиболее легких форм и полного отсутствия инфильтратов и абсцессов. Из 735 грудных детей 3—6-месячных, матери которых не были иммунизированы, заболело дома 60, т. е. 8,2%, а из 398 детей от иммунизированных матерей — лишь 17, т. е. 4,3%. Аналогичные результаты получены в родильном доме № 16 г. Москвы (главн. врач — А. И. Дмитриева). Все эти данные свидетельствуют о мощном профилактическом действии метода. Проведенный опыт по иммунизации медперсонала показал, что хотя снижения количества носителей не достигнуто, но число заболеваний стафилококковой этиологии среди персонала, таких, как фурункулы, панариции и другие, уменьшилось в 2 раза, а следовательно уменьшилось количество источников заведомо вирулентных штаммов.

Изучение иммунологических сдвигов у иммунизированных рожениц показало:

а) накопление антитоксина в сыворотке иммунизированных нативным анатоксином к моменту родов достигает в среднем 6 антитоксических единиц (АЕ), у отдельных лиц — 30 и более АЕ, а через 2 месяца после родов средний титр антитоксина равен 7,4 АЕ;

б) антитела, приобретенные матерью во время иммунизации, передаются новорожденным, причем уровень антитоксина пупочной крови совпадает с уровнем антитоксина материнской крови в 44,3%, превышает титр материнской крови в 20,3%, и несколько ниже материнской — в 35,4%;

в) в результате иммунизации отмечено повышение фагоцитарной активности крови в отношении стафилококка, причем особенно важно отметить увеличение заверщенного фагоцитоза.

Все клинические и лабораторные показатели были наилучшими при иммунизации беременных в женских консультациях, особенно при использовании сорбированного препарата стафилококкового анатоксина.

*Методика иммунизации.* Первый опыт специфической профилактики стафилококковых заболеваний родильниц и новорожденных показал, что иммунизацию наиболее целесообразно начинать в женской консультации при сроке беременности в 32 недели с тем, чтобы создать максимальную напряженность иммунитета к моменту родов и обеспечить передачу антител новорожденному.

Иммунизацию можно проводить по следующим схемам:

1. При использовании нативного анатоксина<sup>1</sup>. Первая при-

<sup>1</sup> Институт им. Н. Ф. Гамалея выпускает стафилококковый анатоксин в виде нативного препарата и в виде сорбированного, очищенного. Сорбированный препарат имеет преимущество в отношении более высокой иммунологической активности и подкожное введение его не вызывает почти никакой реакции. Стафилококковый анатоксин изготавливается и выпускается в продажу Институтом эпидемиологии и микробиологии АМН СССР им. Н. Ф. Гамалея (Москва, Д-182, Щукинская, 33, Отдел сбыта).

вивка анатоксина в количестве 0,5 мл делается при сроке в 32 недели беременности под кожу в области угла лопатки. Вторая прививка в количестве 1 мл производится через 20 дней после первой. Третья — в количестве 1 мл через 10 дней после второй.

При поступлении беременной женщины в родильный дом для родоразрешения целесообразно сделать четвертую прививку анатоксина также в количестве 1 мл.

2. При использовании сорбированного анатоксина делают две прививки по 0,5 с промежутком в 30 дней, и при поступлении в роддом для родоразрешения производится еще одна инъекция нативного анатоксина в количестве 1 мл.

Иммунизации должны подвергаться все здоровые женщины при нормально протекающей беременности. Противопоказанием для инъекций анатоксина являются: тимо-лимфатический статус, активный туберкулез, декомпенсированные заболевания сердца, нефрозонефриты, гипертоническая болезнь, тяжелый артериосклероз, эндокринопатии и заболевания крови.

3. В тех случаях, когда женщина, поступающая в стационар для родоразрешения, почему-либо не была иммунизирована в консультации, рекомендуется провести прививки нативного стафилококкового анатоксина по схеме: первая прививка при поступлении в приемный покой в количестве 0,5 мл и последующие три прививки по 1 мл через каждые 48 часов («экспресс-иммунизация»). Хотя метод ускоренной иммунизации беременных не является равноценным длительной иммунизации беременных, тем не менее такая «экспресс-иммунизация является полезной, ибо создает повышенную устойчивость к стафилококку на более поздние сроки. Это важно, так как значительное количество маститов возникает уже после выписки из стационара.

## ГЛАВА XV

### ТРИХОМОНИАЗ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ

Большая обращаемость в женские консультации по поводу трихомонадных заболеваний, трудности лечения и часто наблюдающиеся при этом рецидивы — привлекают серьезное внимание врачей к этому заболеванию. Частота обнаружения трихомонад во влагалище у женщин, страдающих гинекологическими заболеваниями, довольно велика (от 10 до 60—70%, по данным разных авторов).

За последнее время наблюдается изменение взглядов на эпидемиологию трихомониаза и сущность патогенного действия влагалищных трихомонад. Во-первых, исследованиями ряда авторов (Б. А. Теохаров, О. Ировец и Р. Петер и др.) установ-

лено, что влагалищная трихомонада (*Trich. vaginalis*) представляет собою самостоятельный вид возбудителя и только она способна вызывать патологические процессы в мочеполовой сфере человека. Ни кишечная трихомонада (*Trich. intestin.*), ни ротовая трихомонада (*Trich. buccalis*) не являются патогенными для половой сферы человека, и попытки перехода одного вида трихомонад в среду обитания другого дали отрицательный результат. Во-вторых, установлено, что вне человеческого организма — в воде, на деревянных предметах, на белье, губках, на стекле, медицинских предметах и инструментах влагалищная трихомонада не способна существовать сколько-нибудь длительное время и потому главным реальным источником заражения человека являются половые сношения с партнером, являющимся носителем возбудителя.

Больные, страдающие трихомонадным кольпитом, жалуются обычно на обильные гнойные, порой пенистые (за счет сопутствующего трихомонадам газообразующего микрококка) выделения, иногда с запахом, вследствие богатого роста микробной флоры; на сильное жжение и зуд во влагалище и вульве и боли при ходьбе, из-за раздражения в паховых сгибах.

Обильные гнойные выделения вызывают гиперемию, а порой и эрозии шейки матки, эндоцервициты. Гнойные выделения с наличием в них влагалищных трихомонад могут проникать в мочеиспускательный канал, в мочевой пузырь и вызывают при этом дизурические явления; мочевой канал является источником рецидивов трихомониаза половой сферы женщины.

Для выявления влагалищных трихомонад рекомендуется смешивать каплю влагалищного секрета с каплей теплого физиологического раствора, закрыть покровным стеклом и просматривать препарат под микроскопом при среднем увеличении в несколько затемненном поле зрения.

Для обнаружения трихомонад в окрашенных мазках рекомендуется окраска по Романовскому — Гимза или по Граму.

Исходя из изложенной выше концепции о видовом различии трихомонад и об основной роли влагалищной трихомонады следует применять лечебные процедуры для санации вульвы, влагалища, шейки матки, мочевого канала, мочевого пузыря и парауретральных желез.

При лечении трихомониаза женских половых органов должно быть обращено внимание на форму трихомонадного кольпита, степень воспалительного процесса (острая, хроническая), состояние внутренних половых органов и что очень важно — на общее состояние организма больной.

Лечить следует одновременно жену и мужа, независимо от того, обнаружены ли у мужа трихомонады или нет, так как последние иногда могут быть выявлены лишь при проведении лечения или путем провокации.

Так как специфических средств лечения трихомониаза пока

не существует, необходимо проводить местное лечение и обрабатывать все возможные очаги в нижнем отделе половой сферы женщины.

Предложено, как известно, очень много различных средств и методов лечения трихомонадных кольпитов. Однако, если не проводить лечение систематически, комплексными методами, и не контролировать больную в течение 3—4 месяцев после окончания лечения, возможны рецидивы заболевания.

Основными препаратами, которыми пользуется большинство врачей, являются осарсол, синтомицин, стрептоцид, бура, борная кислота, гипертонические растворы соли, фитонциды. Мы остановимся на наиболее распространенных и проверенных методах лечения.

При острых явлениях рекомендуется полный покой, обмывание наружных половых органов теплыми растворами марганцевокислого калия 1:8000—10 000, настоем ромашки. Затем больной рекомендуют тазовые ванны температуры 37°—38° с ромашкой. Настой ромашки мы советуем готовить следующим образом:  $\frac{1}{2}$  пакетика ромашки заваривается в чайнике и в течение 1—2 часов настаивается, затем к этому настою, процеженному через марлю, добавляется 3—4 л крутого кипятка, затем его охлаждают до 37—38°. Такие тазовые ванны рекомендуются принимать утром и на ночь перед сном. Они действуют весьма благотворно и на воспалительный процесс наружных половых органов и на общее состояние больных благодаря наличию в ромашке эфирных масел. После затихания острых явлений рекомендуется применение местного лечения.

Хороший терапевтический эффект отмечается при применении влагалищных ванночек из фурацилина 1:5000, либо из 2%-ного протаргола на 5—7 минут с последующей инсуффляцией во влагалище порошка: Osarsoli 0, 25, Ac. borici, Glucosae aa 0,5.

Рекомендуют (Г. Р. Робачевский) протирать стенки вульвы, влагалища и цервикального канала раствором следующего состава: Jodi puri 2,0, Kal. jodati 3,0, Natrii bicarbonici 4,0, Osarsoli 5,0, Glycerini 90,0, либо тампоны с пастой следующего состава: Zinci oxydati 10,0, Amyli tritici 20,0, Streptocidi albi, Osarsoli aa 5,0, Glycerini 60,0 (перед употреблением подогреть).

Мочевой канал промывается раствором марганцевокислого калия 1:4000—5000.

Б. А. Теохаров рекомендует втирать в слизистую оболочку влагалища после предварительного удаления выделений ватой, смоченной в 5%-ном растворе осарсола (с добавлением двууглекислого натрия), порошок: Osarsoli, Ac. borici aa 0,3, Laevomycetini 0,1, Glucosae 0,5. Затем в цервикальный канал и в уретру вводятся палочки с ватой, смоченной 5%-ным раствором осарсола. Железы Скене смазывают 2%-ным Arg. nitrici.

Обработка влагалища производится ежедневно в течение



первой недели, а затем 2—3 раза в неделю. При этом методе бывает достаточно 10—12 процедур для излечения.

Мы располагаем большим опытом довольно успешного лечения трихомонадных кольпитов нежным мытьем влагалища с мылом (детским). Процедура эта проводится следующим образом: ватная полоска, смоченная слабым раствором марганцево-кислого калия (1 : 10 000) наматывается на 2 пальца руки и намыливается; влагалище предварительно промывается, затем введенными во влагалище пальцами с намыленной ватой моются стенки влагалища; после этого влагалище снова промывается раствором марганцевокислого калия и повторно производится мытье влагалища. На следующий день делается влагалищная ванночка на 3—5 минут из 3%-ного протаргола или 2%-ного азотнокислого серебра. Еще через день повторяется мытье влагалища, как было указано выше, с последующими ванночками. Такие процедуры производятся 4—5 раз. Одновременно обрабатывается мочевого канал; шейный канал обрабатывается на палочке с ватой, смоченной в 5%-ном растворе соды или в 3%-ной перекиси водорода, затем насухо протирается и смазывается 2%-ным протарголом или 1%-ным ляписом.

Хорошие результаты мы получали также и от применения после затихания острых явлений кольпита спринцеваний гипертоническими растворами поваренной соли (10—12 сеансов). До начала применения гипертонических растворов поваренной соли мы рекомендуем введение во влагалище через день 5—6 раз тампонов, смоченных раствором 5%-ного буроглицерина.

Из применявшихся нами методов лечения следует также остановиться на методе лечения, предложенном Е. В. Сваричевской: после тщательного обтирания слизистой влагалища сухим ватным тампоном во влагалище вводится смесь порошкообразных гипосульфита натрия с борной кислотой, смешанных в равных дозах: по 3,0—4,0 смеси на одну обработку. Такая процедура производится 10 дней подряд. Затем после двух последних месячных еще по 3 раза через день. Одновременно производится обработка мочевого пузыря смесью: 10%-ного стерильного раствора гипосульфита и 4%-ного раствора борной кислоты — после опорожнения мочевого пузыря в него поочередно вводится по 20 мл каждого из указанных растворов.

Обработка мочевого пузыря производится через день 5—6 раз. С хорошим эффектом может быть применен метод Кватера: во влагалище после удаления выделений инсуфлируется смесь следующего состава: борная кислота полчайной ложки, сухая глюкоза полчайной ложки и осарсол 0,3; смесь втирается в стенки влагалища через день — курс 12—15 сеансов. После каждого третьего сеанса стенки влагалища смазываются 2%-ным раствором ляписа.

Н. С. Бакшеев получал хороший результат от применения грамицидина.

Наконец, ряд авторов по предложению Б. П. Токина и А. М. Фоя применяли фитонцидотерапию трихомонадных кольпитов. Рекомендуются введение во влагалище марлевого тампона со свежеприготовленной луковой кашцей. Тампон удаляют через 8—10 часов, после чего влагалище спринцуются слабым раствором борной или молочной кислоты. Курс лечения 7—10 дней. Такие же тампоны ставятся из кашицы редьки, хрена и др. В настоящее время с успехом применяется также новый советский препарат трихомонацид.

Трихомонацид применяют местно и per os. Внутри назначают после еды взрослым по 0,3 в сутки (в 2—3 приема) в течение 3—5 дней. Детям уменьшают дозу в соответствии с возрастом.

Одновременно с приемом внутрь производят в 1-й день обработку мочевого канала, мочевого пузыря, на 4-й день обрабатывают шейку матки, на 8-й день шейку матки, уретру, мочевой пузырь, на 12-й день шейку матки.

В уретру, мочевой пузырь (после опорожнения) вводят при помощи шприца и резинового катетера 10 мл 0,25—0,5%-ной взвеси трихомонацида в вазелиновом масле. После введения в уретру и мочевой пузырь больная не должна мочиться в течение 2—3 часов.

В цервикальный канал вводят трихомонацид в виде порошка (0,025—0,5). В промежутках между процедурами, производимыми врачом в амбулаторных условиях, больная вводит на ночь во влагалище ежедневно в течение 10 дней шарики, содержащие 0,05—0,1 препарата. Лечение проводят на протяжении трех циклов после окончания месячных.

Беременным ежедневно в течение 10 дней вводятся во влагалище шарики, содержащие 0,05 препарата (М. Д. Машковский).

Одновременно с указанными выше методами лечения следует обязательно проводить лечение воспалительных изменений внутренних половых органов, лечение эндокринных и сердечно-сосудистых нарушений. Обязательно применение витаминов, бромидов. Нужно следить за регулярным действием кишечника и рекомендуется больным есть простоквашу, ацидофилин, кефир.

Беременным женщинам рекомендуются ванночки из фурацилина 1:5000, затем после высушивания влагалища производятся инстилляции в него 30%-ного альбумида или 5%-ного осарсола.

Во время лечения больной следует рекомендовать половой покой; она должна соблюдать гигиенический режим (2—3 раза в день подмываться теплой водой), проводить обмывание с мылом наружных половых органов, часто менять белье.

Для лечения трихомонадных вульвовагинитов у девочек рекомендуется в остром периоде применять сидячие теплые тазовые ванночки из настоя ромашки или с раствором марганцево-кислого калия. Затем после спринцевания молочной кислотой

(1 чайная ложка 50%-ного раствора на литр воды) в течение 5—7 дней во влагалище вдувают порошок осарсола или же вводятся турундочки с подогретой осарсоловой пастой (Zinci oxydati 10,0, Amyli tritici 20,0, Osarsoli, Streptoc. albi aa 5,0, Glycerini 60,0—80,0 — Г. Р. Робачевский).

Можно вливать во влагалище глазной пипеткой или через детский резиновый катетер водный 5%-ный раствор осарсола или 1—2 раза в день натуральный клюквенный или лимонный сок, разведенный пополам с водой. Можно также вводить детям во влагалище порошок: Osarsoli, Ac. borici, Glucosae aa 0,25.

Для заключения об излеченности от трихомониаза необходимо обследование женщины в течение 2—3 месяцев (после окончания месячных). В этот период допускается половая жизнь при условии, что муж пользуется презервативом и тоже контролируется своим лечащим врачом в венерологическом диспансере или у специалиста — уролога.

С целью профилактики заражения трихомониазом внеполовым путем, который полностью исключить нельзя, рекомендуется в банях обмывать горячей водой скамьи, на стульчак в уборной подстилать бумагу, нужно пользоваться отдельной губкой, полотенцем; не следует пользоваться чужим наконечником для спринцеваний.

В целях предупреждения заражения трихомониазом и гонореей следует избегать внебрачных связей.

## ГЛАВА XVI

### ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Хронические воспалительные гинекологические заболевания являются одной из наиболее частых причин обращения женщины к помощи женской консультации. Возникновение инфекции, как источника этих заболеваний, чаще всего связано с перенесенными абортами, в первую очередь, криминального происхождения, послеродовыми заболеваниями, а также с заражением гонореей. Следует учитывать также гематогенное распространение инфекционного начала при общих заболеваниях (грипп, туберкулез, ангина), при холециститах, а также по лимфатическим путям — при хронических запорах, воспалениях толстого кишечника (колит, периколит), из слепой кишки (по lig. appendiculo-ovagicum)<sup>1</sup> и т. д. Все эти источники инфекции нужно иметь в виду в целях обоснованного выбора этиологического метода лечения, часто значительно более эффективного, нежели общепринятые патогенетические способы в виде воздей-

<sup>1</sup> Л. Л. Окинчиц. Краткий очерк анатомии женского таза. СПб., 1908, 6.

ствия на сформировавшиеся очаги воспаления, явившиеся следствием перечисленных первопричин. Конечно, ни врач стационара, ни врач женской консультации не может устранить причины воспаления придатков или, например, периметрита, если таковые имеют источником перенесенное пуэрперальное заболевание или инфицированный выкидыш. Но устранить хронический тонзиллит или перечисленные выше заболевания кишечника как этиологические факторы имеется полная возможность у каждого вдумчивого врача. Эти мероприятия имеют весьма широкие перспективы еще и потому, что внезапные обострения хронических воспалительных гинекологических заболеваний чаще всего связаны с рецидивами именно в этих источниках заболевания.

Среди причин, ведущих к обострению хронического гинекологического воспалительного заболевания, немалое значение имеет также физическое переутомление, переохлаждение, неупорядоченная половая жизнь в виде частого или чрезмерно активного полового общения, а иногда и профессиональные вредности — вибрация, резкая смена температур, длительная работа в стоячем положении и т. д.

Опыт учит, что в лечении гинекологических воспалительных заболеваний залогом успеха являются не столько попытки воздействия на местные очаги воспаления, сколько создание для всего организма наиболее благоприятных условий существования в смысле уравновешивания и правильного функционирования всех систем, начиная с нервно-психической сферы и кончая действием желудочно-кишечного тракта и мочеполовых органов. Не менее важную роль в успехе лечения имеет достаточное снабжение организма витаминами и правильное чередование работы и отдыха.

Содержание всего изложенного является принципиально важным, как бы основной концепцией лечащего врача, ибо без этих предпосылок любые самые изощренные формы и изысканные методы лечения, особенно связанные с попытками непосредственного воздействия на очаг воспаления, обречены на полную неудачу. И как, казалось бы, ни старо и ни общеизвестно выражение «лечить следует не болезнь, а больного», но в трактуемом разделе патологии оно должно быть основным законом — «надо лечить не воспаление придатков, а женщину, страдающую этим воспалением». Ибо при одном состоянии организма этой женщины следует предпринять один метод, например, покой и болеутоление, при другом — энергичный гинекологический массаж и интенсивную диатермию, при третьем — гормональное лечение или терапию «раздражением».

Мы делим все хронические воспаления на две основные группы.

А. Воспалительные заболевания нижнего отдела полового тракта, которые характеризуются очевидностью локализации,

легкостью диагностики и сравнительно малым отражением на общем состоянии больной.

**Б.** Воспалительные заболевания верхних отделов полового тракта, при которых часто воспалительный процесс охватывает весь комплекс органов и оказывает выраженное влияние на общее состояние больной.<sup>1</sup>

И если в первой группе иногда достаточно бывает лечебных мероприятий местного характера, то во второй абсолютно необходимым является одновременное воздействие на весь организм больной, а также на воспалительный очаг и по возможности на возбудителя заболевания.

### **КАТАРАЛЬНЫЙ ВУЛЬВИТ**

Катаральный вульвит возникает при мацерации эпидермиса с повреждением защитного эпителиального покрова, особенно у тучных, потливых, неопрятных женщин, при наличии обильных влагалищных выделений, мочевого раздражения или мастурбации. Субъективные ощущения выражаются главным образом чувством жара и набухлости, иногда болезненности и зудом. При осмотре определяется гиперемия и расчесы в области вульвы, припухлость больших и малых губ, часто гнойные, клейкие выделения.

Если это заболевание является не результатом кольпита, но процессом самостоятельным, то можно ограничиться соблюдением опрятности (волосы должны быть сбриты), устранить соприкосновение воспаленных поверхностей путем временного ношения прокладок; ежедневно делаются тазовые ванны с ромашкой, соблюдается половой покой. При длительном течении — индифферентные мази, свинцовая примочка, присыпка тальком после предварительного обмывания и самого тщательного высушивания. Тучные женщины нуждаются в общем лечении в виде лечебной физкультуры, соответствующей диеты.

Если же вульвит развивается при наличии хронического кольпита, то, помимо перечисленных средств, необходимо провести лечение последнего, о чем будет сказано ниже.

### **ОСТРЫЕ КОНДИЛОМЫ**

Острые кондиломы, являющиеся следствием длительного раздражения стекающими выделениями, наблюдаются также нередко у беременных. Если возникает распад отдельных кондилом, то появляются признаки воспаления — краснота в окружающих участках, выделения с гнилостным запахом. При гоно-

<sup>1</sup> Настоящий раздел не касается воспалительных заболеваний туберкулезной и гонорейной этиологии.

рейной этиологии требуется специфическое лечение по общепринятым правилам; независимо от причины возникновения показано устранение выделений вяжущими спринцеваниями: *As. tannicum*, 2—3 чайных ложки на кружку, *Alumen crudum*, 1 чайная ложка на кружку, *Sol. formalini* 8%-ный, 1 столовая ложка на кружку. Хороший эффект можно получить при присыпках резорцином пополам с борной кислотой, а также смазыванием самих кондилом 25%-ной хромовой кислотой (при обоих способах нужно беречь окружающую неповрежденную кожу, смазав ее предварительно вазелином). Более радикальным является хирургическое вмешательство — соскабливание острой ложкой, иссечение кондилом скальпелем с последующим наложением швов, которые нередко заживают вторичным натяжением. Наиболее рациональным является диатермохирургическое вмешательство в виде отсечения кондилом режущим током с последующим смазыванием ножки насыщенным раствором марганца, как противоожоговое мероприятие.

Все перечисленные хирургические мероприятия производятся под анестезией и под защитой антибиотиков, ибо между основаниями отдельных кондилом обычно располагаются массивные скопления патогенной гноеродной флоры. Поэтому для предупреждения послеоперационных осложнений рекомендуется предварительно определять чувствительность этой флоры к антибиотикам и применять за 2—3 дня до и после операции соответствующие антибиотики до ликвидации болезненных явлений.

У беременных все эти процедуры нежелательны, так как после родов в подавляющем большинстве случаев с ходом физиологической инволюции кондиломы исчезают как во влагалище, на шейке, так и на наружных половых частях.

### ЗАБОЛЕВАНИЯ БАРТОЛИНОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ

При наличии ложного абсцесса, а также ретенционной кисты — хирургическое вмешательство. В первом случае следует ограничиться обыкновенным разрезом по внутренней поверхности соответствующей большой губы. После опорожнения абсцесса всю полость его следует смазать палочкой ляписа для последующего некроза капсулы, выстланной железистым эпителием. Полость абсцесса выполняется ксероформной марлей и накладывается фиксирующая повязка. Операция производится под местной анестезией хлорэтилом и допускается в амбулаторных условиях.

Хронический бартолинит проявляется в виде довольно плотного болезненного инфильтрата, остающегося после повторных самопроизвольных вскрытий или хирургического опорожнения абсцесса. В таких случаях наилучшим средством являются сидячие ванны с постепенным повышением температуры до 38° и длительностью до 20 минут. При отсутствии эффекта (рассасы-

вание инфильтрата не наступает, боли продолжают) следует предпринять иссечение всей железы хирургическим путем, конечно, в условиях стационара.

### РАЗЛИЧНЫЕ ФОРМЫ КОЛЬПИТОВ

Простой катаральный кольпит проявляется общим недомоганием, чувством жара, иногда тяжести в тазу, обильными выделениями; объективно можно обнаружить покраснение и сочность слизистой влагалища; бели жидкие, гнойные. Заболевание развивается на фоне конституциональной неполноценности (при гипоплазии, инфантилизме), при общем истощении, туберкулезе, после перенесенных тяжелых инфекций, при общем ожирении, малокровии, иногда в послеродовом периоде, особенно при гиповитаминозе. Естественно, что лечение должно проводиться с максимальным учетом всех перечисленных патологических состояний путем назначения общеукрепляющего лечения: инъекции Duplex или Triplex (мышьяк, железо, стрихнин), антианемин, циклическое применение гормонов (эстрогены, прогестерон). В качестве местных процедур — индифферентные спринцевания слабым раствором марганцевокислого калия, вяжущими средствами.

Гранулезный кольпит развивается при тех же условиях, но носит более упорный характер, чаще в более пожилом возрасте. Объективно — на фоне гиперемированной бархатистой слизистой влагалища видны разбросанные ярко-красные точечные образования, представляющие собою мелкие круглоклеточные инфильтраты, с дефектом на этих мелких участках влагалищного эпителия. Это более тяжелое и упорное течение объясняется нарушением сложного процесса самоочищения влагалища. Последний заключается в регулирующем действии овариальных гормонов на отложение гликогена в слизистой влагалища. Следующим компонентом самоочищения является переход гликогена под влиянием гликолитического фермента в ди- и моносахариды, т. е. в более простые соединения, усвояемые влагалищной палочкой с последующим выделением ею молочной кислоты. Нормальное кислое содержимое влагалища является весьма неблагоприятным и даже губительным для кокковой флоры, но совершенно безвредным для влагалищной палочки, являющейся не только ацидотолерантной, но и ацидофильной. Любое нарушение в одном из звеньев этого сложного процесса ведет к отмиранию влагалищной палочки с нарушением кислотообразования и развитием во влагалище патогенной кокковой флоры. Этот процесс обязывает не ограничиться только общими упомянутыми выше мероприятиями, но включить в систему лечения следующие местные процедуры.

1. Ежедневное введение во влагалище биолактина, т. е. культуры палочки молочнокислого брожения.

2. В течение 4—5 дней проводить спринцевание влагалища раствором фурацилина 1:5000 или формалина 8%-ного — 200,0 — по 20 мл на 4 стакана теплой воды, что быстро приводит к гибели патогенной флоры. После прекращения этих спринцеваний, т. е. на 5—6-й день лечения, следует применить тампоны по следующей прописи:

<i>Rp.</i> Camphorae tritae	1,0
Sp. vini ad solutionem	q. s.
Ac. borici	1,0
Ad. destill. ad solutionem	q. s.
Glycerini	125,0

*MDS.* Для тампонов.

Тампоны вводить через день 12—14 раз, извлекать на следующее утро. После удаления тампона провести спринцевание следующим составом:

*Rp.* Ac. lactici 25% — 200,0  
*DS.* По 20 мл на 4 стакана теплой воды.

Следует предупредить больную, что при нахождении тампона во влагалище увеличивается количество выделений, почему необходимо в это время носить менструальную повязку.

Уже после нескольких процедур больная отмечает резкое уменьшение выделений, а объективно можно установить почти полное исчезновение патологических изменений слизистой. В сочетании с общими лечебными мероприятиями эти способы обычно сопровождаются успехом. Лишь в тех случаях, когда причиной кольпита является инвазия трихомонад, необходимо специальное лечение.

*Профессиональные кольпиты* (табачниц, текстильщиц). Помимо перечисленных способов лечения, показано применение всех мер профилактики, в частности ношение закрытого белья. В редких случаях, несмотря на все предосторожности, женщина совершенно не выносит табачной пыли и тогда необходимо осуществить переход ее в другой цех.

### ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Лечение псевдоэрозий, боковых разрывов и выворотов шейки детально описано в ряде руководств. Однако поскольку далеко не все консультации располагают соответствующей аппаратурой, мы считаем необходимым остановиться на некоторых простых и всюду доступных способах.

При эндоцервицитах, псевдоэрозиях воспалительного характера — шейка сочная, цервикальный канал несколько растянут, иногда зияет. Из него выступают слизисто-гнойные густые выделения. В качестве паллиатива рекомендуется тщательное вымывание из цервикального канала выделений 2%-ным раствором соды. Затем после высушивания канала в него вводится



палочка с ватой, обильно смоченной насыщенным раствором КМпО<sub>4</sub>. По окончании этой процедуры вводится тампон. Процедуры проводятся через день до 10—12 раз. К сожалению, этот способ, дающий быстро заметное улучшение, оказывает лишь временное действие и весьма часто, уже через 2—4 месяца, наступает рецидив. Поэтому не следует долго настаивать на консервативном лечении, но при отсутствии специальной диатермохирургической аппаратуры показано стационарное хирургическое лечение одним из известных способов.

Несколько иначе обстоит дело с псевдоэрозиями, возникшими в результате десквамации плоского эпителия при ретрофлексии матки, обусловившей застой в сосудах шейки с последующей гиперсекрецией. В таких случаях достаточно бывает простой манипуляции для исправления положения матки и введения кольца Годже для укрепления ее в правильном положении антефлексии. В случае же фиксированной ретрофлексии рекомендуется гинекологический массаж в сочетании с ионофорезом КJ, что во многих случаях дает полный эффект. Как только матка установилась в правильном положении и восстановилось правильное кровообращение — быстро наступает излечение, и эрозия стойко ликвидируется, если только не наступит рецидив ретрофлексии. В этих случаях следует применить соответствующее хирургическое лечение в целях перевода матки в правильное положение. Но это уже выходит за пределы амбулаторной помощи.

Ovula Nabothi как проявление конечного этапа заживления псевдоэрозии могут содержать патогенные возбудители и этим самым поддерживать хроническое воспалительное состояние шейки матки. Наилучшим способом лечения являются электропунктуры, а при отсутствии аппаратуры вполне допустима в амбулаторных условиях скарификация всех этих мелких кист. Начинать следует с задней губы, проколы делаются после обнажения шейки зеркалами Симса, дезинфекции влагалища и шейки 0,5%-ным хлораминном и спиртом (не йодом!), скарификатором или остроконечным скальпелем с узким лезвием. Не следует смущаться обильным кровоотделением из проколов на воспаленной шейке и нет необходимости сразу останавливать кровотечение. Наоборот, кровоизвлечение из шейки способствует улучшению кровообращения в матке и уменьшению воспалительных явлений в тазу. При чрезмерном кровоотделении тампонада влагалища на 1—2 часа надежно прекращает его.

### ЗАБОЛЕВАНИЯ МАТКИ

Эндометрит хронический как отдельная нозологическая единица учитывается в современной гинекологии только при специфической его этиологии — туберкулезе или гонорее — и подлелит описанию в соответствующих разделах. Неспецифический

же эндометрит, как хроническая стадия пуэрперального или послеабортного септического эндометрита, не представляет собой самостоятельной клинической формы, ибо длительно не может существовать из-за систематического периодического обновления функционального его слоя. Даже обнаруженные случайно при гистологическом исследовании соскоба признаки воспалительной реакции в виде мелкоклеточковой инфильтрации стромы и расширения сосудов эндометрия не имеют обычно никакого отражения в клинической картине и не требуют вследствие этого никакого лечебного вмешательства.

*Endometritis vetularum, senilis* возникает в результате восходящей инфекции при старческом кольпите и некротических процессах в эндометрии. Чаще обусловлен колибациллярной инфекцией. Субъективные жалобы на разлитые боли в нижней половине живота, часто схваткообразного характера. Объективно — явления раздражения брюшины, сужение цервикального канала, выделения из матки либо гнойные, либо вовсе отсутствуют, повышение температуры, учащенный пульс, картина пиометры. Попытки лечения в консультации ненадежны, ибо заболевание может потребовать проведения выскабливания и как лечебной, и как диагностической процедуры, а также промывания полости матки. В качестве профилактики консультация может проводить лечение старческого кольпита теплыми спринцеваниями слабыми дезинфицирующими растворами или тампонами по следующей прописи:

*Rp.* Sol. ac. tannici 2% in Glycerino 200,0  
*DS.* Для тампонов.

*Metritis corporis* — последствие перенесенного острого пуэрперального метроэндометрита или инфицированного выкидыша. Имеют также место и другие причины, способствующие возникновению заболевания: длительные застои при ретрофлексиях, прерванных сношениях, запорах. Больная жалуется на обильные, часто затяжные менструации, бели типа гиперсекреции, чувство тяжести. Матка сочна, увеличена, пастозна. Длительное существование заболевания характеризуется переходом в новую клиническую форму — вторую фазу: менструации делаются все более скудными, снижается плодовитость; матка уменьшается в размерах, делается более плотной. Уменьшение размеров и уплотнение органа происходит за счет прогрессирующей атрофии мышечных элементов и сдавления их и сосудов между разрастающейся соединительной тканью.

Лечение в первой фазе — устранение застоев в тазовых органах, гинекологический массаж, ионофорез  $\text{CaCl}_2$ , тампоны. Во время менструаций инъекции маммофизина, прегнантола или назначение кровоостанавливающих препаратов внутрь.

Во второй фазе — горячие души, солено-хвойные ванны, диатермия, грязевое лечение.

## ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Врачу консультации требуется в первую очередь установить наличие воспалительного процесса в придатках, причину его (неспецифическая инфекция, туберкулез, гонорея), распространение, фазу (острая, подострая, хроническая) и тогда только приступать к лечению.

В первую очередь врач должен позаботиться о создании для больной максимально благоприятных условий в отношении как работы, так питания, быта, половой жизни и правильного функционирования всех систем и органов. Физическая нагрузка, особенно если она обостряет боли, должна быть уменьшена, а если это по характеру производства не представляется возможным, следует предоставить больной листок нетрудоспособности. Больная должна получать витамины по следующей прописи:

*Rp.* Ac. ascorbinici 0,15  
Ac. nicotinic  
Vitamins B<sub>1</sub> aa 0,02  
Glucosae 0,5  
M. f. pulv. D. t. d. N. 60  
S. По одному порошку 3 раза в день.

На время лечения больной должен быть предоставлен половой покой или по крайней мере половая жизнь должна быть ограничена. В целях борьбы с запорами, помимо назначения диеты, богатой шлаками (овощи), полезны ежедневные, в течение 15—20 дней, теплые очистительные клизмы в определенные утренние часы, что создает привычный рефлекс к систематическому опорожнению кишечника.

При наличии выраженных болевых ощущений показано назначение микроклизм следующего состава (2 раза в сутки):

*Rp.* Sol. Novocaini 0,5%—50,0  
T-rae Opil simpl. gtt X  
MDS. В теплом виде для клизм.

Первая клизма ставится через 30—40 минут после утренней очистительной клизмы, а вечером перед сном. При невозможности пользоваться микроклизмами назначаются свечи:

*Rp.* Codeini 0,02  
Pyramidoni 0,5  
Buth. cacao q. s.  
Ut f. supp. N. 12 по одной свече на ночь

Мы не можем рекомендовать микроклизмы с хлористым кальцием, ибо последние, по нашим наблюдениям, не только бесполезны, но часто усиливают болезненные ощущения.

В тех случаях, когда заболевание, вследствие воспалительной гиперемии в органах малого таза, сопровождается более длительными менструациями, и особенно при склонности к обо-

стрениям, показано назначение аутогемотерапии по 10 мл и внутривенных вливаний 10%-ного хлористого кальция по 5—10 мл с чередованием (один день — аутогемотерапия, второй день — кальций) — по 8—10 раз каждой процедуры. Если вены у больной плохие, или она плохо переносит хлористый кальций, последний может быть заменен внутримышечными инъекциями глюконата кальция в тех же дозировках и в том же порядке.

При отсутствии нарушений менструальной функции наиболее полезны, особенно после недавнего обострения, как показывали наши многолетние наблюдения, внутримышечные инъекции альбихтола или ихтиола через 1—2 дня, всего по 8—10 инъекций.

*Rp.* Sol. Ichthyoli aquosae 5,0%—30,0  
Sterilis., pro injectione intramusculare

*Rp.* Albichtoll 1,0  
Ol. Persicorum 20,0  
Sterilis., pro injectione intramusculare

При старых затихших процессах с крупными воспалительными придатковыми образованиями у крепких выносливых, находящихся в благоприятных условиях женщин — внутримышечные инъекции алоэ через 2 дня на третий по 1 ампуле до 15—18 раз. Широко распространенный способ ежедневных инъекций алоэ до 30 раз мы считаем неправильным и даже вредным, ибо подобно этому как один из видов метода «раздражающей терапии» рассчитан на ответные биологические реакции организма, а при таком частом нанесении раздражения реактивность организма может быстро истощиться и наступить так называемая отрицательная фаза с ухудшением и обострением заболевания. При отсутствии алоэ последняя у таких же крепких женщин может быть заменена инъекциями тщательно прокипяченного молока в те же сроки, но не более 8—10 инъекций — 0,5 мл, 1 мл, 1,5 мл и не более 2 мл. Если температура после инъекции повышается выше 38°, то доза не увеличивается.

Лактоотерапия противопоказана при наличии в анамнезе туберкулеза, бронхоаденитов, а также у женщин астенической или гипопластической конституции.

Весьма полезным и активным рассасывающим методом является тканевая терапия. Первым и главным преимуществом тканевой терапии является постепенность, мягкость ее действия, без избыточных резко выраженных реакций, могущих перейти в обострение, без резких колебаний температуры, особенно нежелательных у ослабленных и тем более у истощенных больных. Преимущество тканевой терапии перед другими «раздражающими» неспецифическими веществами, как молоко, альбихтол, хлористый кальций, гемолизирующая кровь и т. д., заключается

В том, что эти последние вещества подвергаются быстрому всасыванию и оказывают поэтому хотя и более мощное, но зато и более короткое воздействие на организм. В то же время подсаживаемая ткань подвергается в клетчатке реципиента лишь медленному, в течение 50—85 дней, рассасыванию и поэтому воздействие на организм продуктов распада сложного животного белка происходит медленно, в небольших количествах и без избыточных, а поэтому и вредных реакций со стороны организма, в частности без возникновения упомянутой выше отрицательной фазы.

Второе преимущество тканевой терапии — это широкая доступность и простота приготовления подсадного материала, в частности плаценты. Третье — возможность широкого применения в условиях поликлиники. Четвертое и очень важное для консультаций с широким радиусом обслуживания — отсутствие необходимости систематической в течение длительного времени отвлекать от работы и подвергать больных неприятным и подчас весьма болезненным инъекциям, повторяющимся ежедневно или через день. Пятое преимущество — быстрое болеутоляющее действие в области воспалительного очага.

Показаниями к тканевой терапии, таким образом, являются:

1. Упорные и длительные воспалительные гинекологические заболевания с наличием стойких анатомических изменений в виде воспалительных образований и инфильтратов.

2. Прочие хронические воспалительные заболевания в тех случаях, когда применение обычных способов неспецифического лечения не эффективно или неосуществимо.

3. Хронические воспалительные заболевания, при которых показано применение физиотерапевтических процедур, водолечения или грязелечения, но которые по различным причинам недоступны.

4. Воспалительные заболевания, сопровождающиеся резко выраженными болевыми ощущениями, не соответствующими анатомическим изменениям.

5. Гинекологическим больным с хроническими воспалительными заболеваниями, которым после неудачи консервативного лечения решено произвести оперативное вмешательство. Применение тканевой терапии этим больным может иногда дать такой лечебный эффект объективного, а чаще субъективного характера, что сделает ненужным и излишним оперативное вмешательство.

6. Перед оперативным вмешательством, которое угрожает быть сложным и опасным вследствие большого количества спаек, неподвижности воспаленных органов или наличия остатков воспалительных инфильтратов в клетчатке.

Методика: из плаценты, полученной после нормальных родов, вырезаются участки величиной в 5—6 см<sup>2</sup> и подвергаются автоклавированию. Автоклавированные части режутся на ку-

сочки величиной в  $0,5 \times 1 \times 1$  см и подсаживаются в клетчатку под молочную железу или на брюшную стенку.

Из физиотерапевтических процедур, доступных в условиях консультации, на одно из первых мест следует поставить также внекурортное грязелечение. При этом следует иметь в виду, что наилучший эффект дает так называемое митигированное, т. е. щадящее грязелечение, не сопряженное с назначением высоких температур. Помимо этого нужно знать, что попытки ограничить грязевое лечение только влагалищными аппликациями грязевых тампонов бесполезны при процессах в придатках и, как это ни парадоксально, чаще вызывают обострения, чем сочетанное грязелечение в виде трусиков и влагалищных тампонов одновременно.

Все представленные рассуждения о грязевой терапии касаются и лечения аппликациями парафина.

Ни в коем случае при воспалительных заболеваниях придатков даже в полностью затихших стадиях нельзя применять горячие влагалищные души, чем злоупотребляют некоторые; как показывает опыт, они весьма часто вызывают обострение воспаления и даже тяжкие осложнения. Более бережным (при строгом соблюдении методики) является лечение диатермией. Следует начинать всегда с наружной аппликации электродов и лишь при отсутствии болевой, температурной и местной тканевой реакции можно постепенно и с осторожностью перейти к влагалищной аппликации одного электрода, а второго — на раздвоенном проводе на брюшную стенку и крестец. После сеанса диатермии весьма желательно предоставление спокойного отдыха лучше в лежачем положении не менее 30 минут.

Не следует забывать, что правильно проводимое лечение должно обязательно давать не только болеутоляющий эффект, но и способствовать более или менее быстрому уменьшению, «рассасыванию» воспалительных образований придатков. Если, несмотря на повторные умело проводимые курсы эффект отсутствует, или часто наступают обострения, приводящие в конце концов больную к инвалидности, или по характеру конгломератов можно предположить скопления в трубе или яичнике гноя или наличие другого мешотчатого образования, то следует такую больную направить в стационар для проведения более широкого вмешательства, недоступного в амбулаторных условиях (пункции, чревосечения). Нельзя также ни в коем случае забывать, что длительно существующие почти безболезненные придатковые образования, совершенно не поддающиеся рассасыванию, но, наоборот, имеющие тенденцию даже к небольшому увеличению размеров, являются весьма подозрительными в отношении злокачественности и подлежат без долгих наблюдений направлению в стационар для уточнения диагностики, включая и пробное чревосечение.

Хронический периметрит чаще всего выявляется в виде спаек,

смещающих матку кзади или даже обуславливающих ретрофлексию ее. Дугласов карман при этом почти или совершенно недоступен для исследующих пальцев, матка фиксирована, а попытка сместить ее кпереди или вывести из ретрофлексии вызывает у больной резкие боли. Помимо перечисленных выше болеутоляющих мероприятий, весьма полезным является наружный ионофорез новокаина.

В целях размягчения и большей податливости к растяжению спаек следует применить ионофорез в сочетании с диатермией (диатермоионофорез) или только диатермию. При этом диатермия проводится предпочтительно с ректальным электродом и вторым на брюшную стенку. После того как эти манипуляции вызовут некоторое размягчение и податливость спаек, следует приступить к гинекологическому массажу, преимущественно с помощью аппарата электровибратора. При проведении массажа и выбора методики его следует учитывать показания к нему: при первой фазе хронического метрита (см. стр. 114) пальцы, введенные во влагалище, приподнимают матку к брюшной стенке, а наружная рука производит по дну матки круговые массирующие движения с целью улучшения в ней условий крово- и лимфообращения. Если же массаж производится при заднем периметрите, то наружная рука делает «пилящие» движения справа налево и обратно, одновременно смещая матку кпереди и стремясь в то же время проникнуть глубже в дугласов карман. Внутренние пальцы помогают растягивать крестцовоматочные связки, стараясь не вызывать при этом выраженной болезненности. Нужно добавить, что такой гинекологический массаж особенно эффективен при проведении его в сочетании с грязевым лечением.

Хронический параметрит — наиболее перспективное в отношении полного исцеления заболевание. Основная задача врача женской консультации — создать у таких больных наилучшие условия организма для самоисцеления. Самые упорные, деревянноплотные параметриты, выходящие за пределы малого таза, могут начать быстро рассасываться, если истощенной и измученной больной предоставить физический и половой покой, рациональное питание, богатое снабжение витаминами и самое осторожное тепловое лечение в виде согревающих компрессов (но не грелок, могущих вызвать обострение!). Если больная, достаточно крепко сложенная, не истощена, не измучена длительным лежанием в постели, то полезными окажутся все перечисленные выше рассасывающие средства или «раздражающая терапия», опять-таки в сочетании с общеукрепляющими манипуляциями. Очень полезны таким больным хвойные и соленохвойные ванны, а физиотерапевтические процедуры в виде соллюкса, диатермии, а тем более парафина и грязи должны проводиться с сугубой осторожностью. В противном случае вместо постепенного, хотя и медленного, но обязательно прогрессирующего

шего, рассасывания может возникнуть обострение с последующим нагноением и необходимостью проведения неприятной операции Барденхейера.

В целях установления дифференциальной диагностики, определяющей избрание тех или иных методов лечения, нужно учитывать следующие признаки:

#### Пельвеоперитонит

1. Инфильтрат расположен высоко у тела матки.
2. Границы ясные снизу и с боков.
3. Инфильтрат до костей таза не доходит.
4. Слизистая влагалища подвижна.
5. Инфильтрат обладает небольшой подвижностью
6. Болезненность значительная
7. При обострениях — явления раздражения брюшины.

#### Параметрит

1. Инфильтрат расположен низко — у шейки.
2. Границы ясные сверху и неясные снизу.
3. Инфильтрат доходит и переходит на кости таза.
4. Слизистая влагалища неподвижна.
5. Инфильтрат неподвижен.
6. Болезненность незначительная или вовсе отсутствует.
7. Обострения без раздражения брюшины.

## ГЛАВА XVII

### БЕСПЛОДИЕ ЖЕНЩИНЫ И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ

Определение показателя обращаемости по поводу бесплодия зависит от того, что подразумевается под понятием бесплодия. По нашим данным, основанным на изучении нескольких тысяч историй родов, беременность наступила у большинства женщин (81,9%) через 2 года после начала половой жизни. Исходя из этого, мы считаем, что женщину следует считать бесплодной через 2 года бездетного брака; этот срок важно принять также и потому, что ранняя диагностика и раннее начало лечения по поводу бесплодия дают лучший результат.

Основными причинами первичного бесплодия являются недоразвитие полового аппарата и различные гормональные нарушения. Бесплодие наблюдается также и в результате эндокринных расстройств и болезней обмена (базедова болезнь, ожирение, микседема и др.). В этиологии вторичного бесплодия, по нашим данным, относящимся к 1952 г., аборт занимал второе место после воспалительных заболеваний половой сферы. В настоящее время аборт, как причинный фактор вторичного бесплодия, занимает первое место.

По данным М. А. Петрова-Маслакова, при искусственном аборте происходит травма вегетативной нервной системы (окончаний нервных клеток в эндометрии), в результате чего возникают местные дистрофические процессы в половой сфере, трофические нарушения вегетативной нервной системы; в дальнейшем в процесс вовлекаются высшие отделы центральной нервной



системы и заболевание, выходя за пределы органа, становится общим страданием организма. Особенно неблагоприятные последствия вызывает искусственный аборт у женщин с недоразвитием полового аппарата.

Воспалительные заболевания нижнего отдела половых органов могут быть причиной бесплодия вследствие неблагоприятного влияния патологического секрета на сперматозоиды при наличии эндоцервицита.

Воспалительные заболевания верхних отделов половой сферы сказываются весьма неблагоприятно на состоянии проходимости фаллопиевых труб и их функциональной полноценности. Даже после лечения воспалительных процессов верхних половых путей, когда выраженных анатомических изменений уже нет, трубы проходимы и отмечаются лишь нарушения ритма и характера месячных — длительный воспалительный процесс оказывает очень сильное влияние через нервные пути и гормональную систему на функцию гипофиза и образование гонадотропных гормонов. Эти изменения в свою очередь вызывают дальнейшие нарушения эндокринной функции яичников.

Наличие фибромиомы матки может быть иногда причиной бесплодия при подслизистом расположении фиброматозного узла, при нарушении циклических процессов в матке, кистозных изменениях в яичниках, гидросальпинксах, иногда сопутствующих фибромиоме. В некоторых случаях может иметь место сдавление фиброматозными опухолями интрамурального отдела труб и тогда создаются механические условия, приводящие к их непроходимости.

Опухоли яичников могут быть причиной бесплодия в основном вследствие гормональных нарушений.

Большие разрывы промежности и значительные опущения стенок влагалища способствуют вытеканию спермы из влагалища и могут быть также одной из причин бесплодия.

При бесплодном браке обследованию подлежат и жена и муж. Обследование мужа является совершенно обязательным в случаях первичного бесплодия и при вторичном бесплодии, если женщина состоит во втором браке. Обследование мужа заключается в исследовании спермы и если нужно — в осмотре урологом. Для получения спермы рекомендуется прерванное половое сношение и собирание эякулята в прокипяченный и остуженный маленький стаканчик или рюмочку. Кондом не рекомендуется применять для исследования спермы, так как примеси химических агентов резины неблагоприятно влияют на сперматозоидов. За 3—4 дня до исследования спермы рекомендуется половое воздержание. Половой акт должен быть совершен за  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  часа до доставки эякулята в лабораторию. В холодную погоду посуду с эякулятом следует доставлять охлажденной (обернуть в вату и держать в кармане или в бюстгальтере).

При оценке качества спермы следует исходить не только из количества сперматозоидов, их подвижности и особенностей движения (поступательное, маневренное), но также, что имеет большое значение, и из изучения морфологических особенностей сперматозоидов (нормальные, мало-, большоголовые, безголовые, двухголовые, бесхвостые и мн. др.). Для этого следует применять окраску фиксированных мазков спермы гематоксилином — эозином. Наличие 20% аномальных форм сперматозоидов может быть причиной бесплодного брака даже при наличии большого количества подвижных сперматозоидов в семенной жидкости.

В некоторых случаях, когда обследование обоих супругов не дает явных указаний на причину бесплодия, рекомендуется применение биологической пробы по Шуварскому. Эта проба заключается в следующем: женщина является для обследования через 1—2 часа после нормального полового сношения в период, близкий к предполагаемой овуляции. Из влагалища и шейки матки насасывают выделения для микроскопического исследования и в зависимости от результатов исследования судят о совместимости или несовместимости спермы мужа и влагалищных и шеечных выделений. При совместимости находят через 1—2 часа после сношения подвижных сперматозоидов во влагалище и в шейке матки. Эта проба позволяет оценить сперму в ее взаимосвязи с той средой, куда проникают сперматозоиды.

После обследования мужа приступают к обследованию жены. Однако в тех случаях, когда муж не желает подвергнуться обследованию, не следует отказывать в этом женщине.

Обследование женщины должно начинаться с тщательного собирания общего и акушерско-гинекологического анамнеза женщины. Затем производится специальное исследование половой сферы больной, причем следует обращать внимание на характер влагалищных выделений, форму заднего свода влагалища (его укорочение или уплощение). При инструментальном обследовании шейки матки обращается внимание на форму шейки, наличие разрывов, эрозии, эктропиона, а также на характер отделяемого из цервикального канала.

Далее фиксируются подробные данные о состоянии внутренних половых органов. Особенного внимания заслуживает обследование придатков матки, ибо наличие воспалительного процесса придатков матки является одной из наиболее частых причин женского бесплодия.

Затем, в зависимости от результатов исследования (общего, гинекологического и лабораторного), назначают больной соответствующее лечение, либо производят исследование проходимости фаллопиевых труб методом продувания или гистеросальпингографии при отсутствии противопоказаний к их применению. Противопоказаны продувание и гистеросальпингография:

- 1) при заболеваниях легких и сердечно-сосудистой системы

(суб- и декомпенсированные пороки сердца и выраженная гипертония), 2) при заболевании почек, 3) при наличии повышенной температуры, 4) при любом лихорадочном заболевании, 5) при наличии эрозий и эндоцервицитов, 6) в случаях острого и подострого воспаления придатков матки и тазовой брюшины, 7) при увеличенных, болезненных придатках, 8) при гнойных выделениях из влагалища, шейки матки и мочевого канала, 9) при кровотечениях, перед, во время и сразу после месячных, 10) при легко кровоточащих опухолях матки.

Продувание фаллопиевых труб, либо гистеросальпингографию лучше производить на 5—9-й день после окончания месячных или за 6—8 дней до начала очередных месячных, когда меньше условий для возникновения спазма маточного отдела фаллопиевых труб. Продувание труб и гистеросальпингография допустимы при нормальной РОЭ, нормальном лейкоцитозе, при 1—2-й степени чистоты влагалищных выделений, нормальной температуре и нормальном кровяном давлении. Продувание труб лучше производить аппаратом с кимографом. Аппарат с графической записью на кимографе удовлетворяет требованиям наибольшей точности исследования проходимости труб и дает возможность получать не только данные о проходимости труб, но позволяет также судить и о их функциональном состоянии. Однократное продувание с отрицательным результатом не дает права для суждения о состоянии проходимости труб и требует повторной пертубации. Трубы, проходимые при 100—120 мм рт. ст., следует рассматривать как практически неполноценные, ибо если в этих случаях и наблюдается изредка беременность, то чаще всего внематочная. При хорошей проходимости труб стрелка манометра не повышается выше 40—60 мм рт. ст. При отрицательных результатах продувания фаллопиевых труб (недостаточная проходимость или полная непроходимость труб) рекомендуется применение по соответствующим показаниям физиотерапии (диатермия, ионофорез, кварц, соллюкс, грязелечение), инъекции алоэ, ихтиола, альбихтола, вакцины, аутогемотерапия. Как правило, помимо местного лечения следует применять общеукрепляющее лечение: общий кварц, витаминотерапию, климатотерапию, лечебную физкультуру.

По окончании указанного консервативного лечения рекомендуется повторная пертубация, а если нужно и гистеросальпингография.

Если и при повторной проверке проходимости труб последние оказываются недостаточно проходимыми или полностью непроходимыми, производится повторный курс указанного выше лечения с добавлением грязелечения — курортного или внекурортного.

Гистеросальпингография производится (в стационарах) в тех случаях, когда данные пертубации недостаточно ясны,

либо при непроходимости труб для решения вопроса о месте их непроходимости. Этот метод позволяет установить на серийных снимках и функциональные особенности матки и труб.

Если данные пертубации и гистеросальпингографии после повторных курсов лечения указывают на непроходимость труб, то в лечебных учреждениях, где имеются опытные гинекологиче- ские хирурги, могут быть произведены пластические операции — сальпингостоматопластика, сальпинголизис, имплантация труб в матку и др.

В настоящее время нами разрабатывается и применяется метод лечения непроходимости труб в абдоминальных отделах гидротубацией с добавлением к раствору новокаина или к физиологическому — гидрокортизона, гиалуронидазы и стрептоми- цина<sup>1</sup>.

Наличие конической шейки матки, часто обнаруживаемое при бесплодии, говорит за неполноценность матки (гипоплазия, инфантилизм). Исходя из этого, предпринимать операции дисци- зии шейки матки, расширения, зондирования шеечного канала не следует; только в некоторых случаях при полной проходи- мости труб можно производить эти операции.

При фибромиомах матки у некоторых больных с бесплодием может быть показана консервативная миомэктомия.

При кистах яичника операция вылушения кисты повышает шансы на зачатие.

Показано оперативное вмешательство при хорошей проходи- мости труб и отсутствии гормональных нарушений у женщин с разрывами промежности и опущениями стенок влагалища.

В тех случаях, где трубы хорошо проходимы — причина бесплодия может зависеть от недоразвития половых органов, функциональных нарушений; при этом частота бесплодия на- блюдается в 16—40%; бесплодие может быть у женщин с уко- роченной секреторной фазой; причиной бесплодия в 10% могут быть и ановуляторные циклы.

При проходимости труб для суждения об эстрогенной актив- ности яичников, об овуляции и функции желтого тела можно и в условиях женской консультации произвести ряд исследова- ний (см. гл. XX).

Применение указанных тестов позволяет в амбулаторных условиях выявить ановуляторные циклы (Г. Ф. Хрусталева). В некоторых случаях рекомендуется с диагностической целью взятие цуга из матки через 1—2 часа после начала месячных или за 2—3 дня до начала предполагаемых месячных для выяв- ления пролиферативной или секреторной фазы (ановуляторный, овуляторный цикл).

Гормональное лечение следует проводить, исходя из данных обследования больной и под контролем указанных выше тестов;

<sup>1</sup> Метод гидротубации применим лишь в стационаре.

а при наличии соответствующих условий — под контролем химических методов исследования половых гормонов.

При укорочении фолликулиновой фазы рекомендуется применение эстрогенных гормонов, начиная с 4—5-го дня цикла. При укорочении фазы желтого тела применяется хорионический гонадотропин в количестве 1000 МЕ или прогестерон в фазу желтого тела.

При недоразвитии матки и проходимых трубах применяется циклически гормональная терапия (фолликулин, синэстрол ежедневно по 1 мг — 10 000 ед., либо диэтилстильбэстрол по 0,5 мг — 10 000 ед. в течение 17—18 дней после окончания месячных; затем внутримышечно вводится прогестерон по 5 мг в течение 7—8 дней). Такой курс лечения проводится в течение 3—4 месяцев.

Одновременно с гормональной терапией применяется физиотерапия (30—40 сеансов диатермии, курортное или внекурортное грязелечение), витаминотерапия и гинекологический массаж матки (20—30 сеансов).

Трудности, возникающие при лечении больных, страдающих бесплодием, длительность лечения и порой отсутствие желаемого эффекта побуждают к разработке ряда профилактических мероприятий по борьбе с бесплодием.

В период школьного возраста и особенно полового созревания девочек необходимо организовать для них соответствующий диетический режим, с включением в него витаминов и достаточного количества белков, широко привлекать их к физкультуре под контролем врача; умело поставить в школе преподавание гигиенических сведений, касающихся физиологии женского организма и биологических его особенностей.

В случае выявления отклонений от нормы, как в менструальной функции, так и в общем физическом развитии девушки, школьный врач обязан консультировать ее со специалистом — гинекологом, эндокринологом, терапевтом для своевременного начала лечения. Особое значение имеет ликвидация очагов инфекции (тонзиллы, зубы и т. д.).

В санитарно-просветительных беседах со взрослыми необходимо указать на опасность венерических, особенно гонорейных заболеваний, а также аборта.

При лечении женщин с воспалительными заболеваниями половой сферы необходимо прилагать все усилия для ликвидации воспалительного процесса и восстановления способности к зачатию.

В профилактические мероприятия по борьбе с бесплодным браком следует включить также и предупреждение и лечение мужского бесплодия, частой причиной которого являются осложнения после перенесенной гонореи (гонорейные эпидидимиты, простатиты, везикулиты).

Первичной организацией по борьбе с бесплодием должны

являться специализированные кабинеты или специально назначаемые приемы при крупных женских консультациях, для работы в которых выделяется опытный врач.

В его обязанности входит выяснение причин бесплодия, назначение лечения и наблюдение за последующими результатами.

Кабинеты по борьбе с бесплодием должны поддерживать связь с лабораториями, с рентгеновским и физиотерапевтическим кабинетами, с урологом, терапевтом и невропатологом, со стационаром, в котором должны быть отведены койки для более углубленного диагностического обследования и лечения женщин, страдающих бесплодием.

Общее руководство кабинетом по борьбе с бесплодием должно быть возложено на руководителя акушерско-гинекологического стационара, к которому прикреплен кабинет.

Для учета обращаемости, посещаемости, результатов обследования и лечения страдающих бесплодием супругов должна быть введена карточка учета бесплодного брака.

Для направления лечившейся по поводу бесплодия женщины в стационар ее историю болезни следует передавать из женской консультации в это лечебное учреждение и после выписки больной история болезни, дополненная эпикризом стационара, должна быть возвращена в кабинет консультации.

## ГЛАВА XVIII

### ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

Подавляющее большинство исследователей объясняют возникновение дисфункциональных маточных кровотечений избыточным выделением фолликулярного гормона, особенно эстрадиоловой фракции его, и недостатком гормона желтого тела или, как сейчас принято говорить, «повышенной эстрогенной активностью». В целях выявления истинной причины этого сложного и непонятного заболевания мы остановились на изучении большой группы больных, страдающих ювенильными кровотечениями, представляющими собою наиболее «чистую» форму дисфункциональных маточных кровотечений, при которой основную причину меньше всего можно связать с анатомическим субстратом.

М. Г. Арсеньева установила, что начало заболевания, т. е. появление патологических кровотечений у этих больных (136 человек) не возникало равномерно в течение всего года, но падало главным образом на весенние месяцы, т. е. на время усиленной умственной работы и физического утомления во время экзаменов. Кроме того, несомненно влияние и весеннего гиповитами-

ноза, что было подтверждено наличием более чем у трети наших больных ряда признаков: разрыхление и кровоточивость десен, геморрагические пятна, трещины в углах рта, сухость кожи, онемение пальцев рук, гиперкератоз кожи на локтях и коленях, дисгидроз, акроцианоз и т. д.

Специальное неврологическое обследование 71 больной установило у 38 из них различные формы нервно-вегетативных расстройств и эмотивную лабильность. Помимо этого, у 49 из подробно опрошенных 92 больных началу кровотечения предшествовала психическая травма (в виде сложившейся тяжелой ситуации в семье, школе, на работе, смерти близких родственников, получения плохих известий и т. д.), с каковой сами больные и связывали начало заболевания.

У 23 девочек было обнаружено увеличение щитовидной железы, а у 14 — признаки общего инфантилизма или полового недоразвития.

Обращало на себя внимание наличие большого количества хронических инфекций в виде тонзиллитов, частых ангин, гангренозных зубов, хронического туберкулеза, ринита, пиелита, малярии и т. д. Непосредственно перед появлением кровотечения 31 девочка перенесла грипп, ангину, воспаление легких, обострение туберкулеза, резкое охлаждение и т. д. При сопоставлении анамнестических и объективных данных у больных детей нашей группы с соответствующими данными здоровых девочек того же школьного возраста (контроль) выяснилось, что в отношении детских инфекций (корь, скарлатина, дифтерия) особой разницы нет, но у наших больных заметно преобладают частые гриппы, ангины и хронические тонзиллиты. На роль фокальной инфекции (миндалины, зубы, желчный пузырь, желудочно-кишечный тракт) в возникновении ювенильных кровотечений указывает Медина (1948), Рупперт (1953) у 212 взрослых женщин, стационарированных по поводу дисфункционального маточного кровотечения, в 82% обнаружил с помощью специального клинического обследования очаги инфекции в полости рта.

По данным Л. А. Змитрович, изучавшей менструальную функцию у 268 женщин климактерического возраста (от 45 лет и старше), страдавших дисфункциональным маточным кровотечением, в 44,4% менструации начались в возрасте от 16 лет и старше. Одновременно с этим было установлено, что из 300 больных женщин чадородного возраста правильный четырехнедельный цикл до заболевания был у 175, т. е. в 58,3%, а в контрольной группе (300 здоровых) — у 235, т. е. в 78,1%; трехнедельный цикл соответственно у 95 (31,6%) и 58 (19,1%), пятинедельный у 7 больных (2,3%), а в контроле — у 3 (1,2%) и, наконец, нерегулярный — соответственно у 17 (5,8%) и 4 (1,6%).

Т. И. Порембская, изучавшая эту группу больных, выяснила, что из 300 женщин, находившихся на стационарном лечении

в Институте по поводу дисфункционального маточного кровотечения, 86, т. е. 28,6%, перенесли прежде различные гинекологические заболевания, а из 300 контрольных (здоровых) женщин лишь 28, т. е. 9,4%.

При гинекологическом исследовании больных, страдающих дисфункциональным маточным кровотечением, в возрасте от 20 до 30 лет определялись несколько увеличенные размеры матки в 6,7%, в возрасте от 31 года до 40 лет в 8,7%, а в возрасте от 41 до 44 лет уже в 20,5%. Другими словами, среди больных все чаще обнаруживаются женщины, у которых с возрастом в патологическом процессе участвует «фактор матки» (Фана, 1953).

Все представленные выше факты, выявленные при детальном обследовании более чем 700 больных ювенильного, чадородного и климактерического возраста, позволяют составить достоверную концепцию как об этиологии, так и о патогенезе заболевания.

Заболевание чаще развивается у женщин с явлениями запоздалого полового развития, преимущественно с трехнедельным или нерегулярным циклами, и перенесших в прошлом гинекологические заболевания. Большую роль в качестве одного из компонентов этиологических факторов (особенно в возникновении ювенильных кровотечений) играет умственное переутомление, нервно-вегетативные расстройства, нервно-психическая травма, гиповитаминозы и особенно хронические заболевания в виде фокальной инфекции. Неблагоприятное сочетание некоторых, а особенно ряда из перечисленных факторов, нарушает регуляцию физиологических процессов и приводит в движение патологические механизмы, в виде гормональных дисфункций, в частности чрезмерного воздействия фолликулостимулирующей фракции гипофизарного гонадотропина при недостаточном лютеинизирующем действии. Это приводит к избыточному выделению фолликулярного гормона при дефиците гормона желтого тела с последующей гиперплазией эндометрия в фазе пролиферации.

Недостаточное развитие, а тем более отсутствие желтого тела, влечет за собой ненаступление секреторной фазы эндометрия, наступает гибель и отторжение функционального слоя, и возникает кровотечение однофазного типа в фазе пролиферации.

При этом немалое значение в силе и длительности начавшегося кровотечения имеет состояние мышцы матки, т. е. способность ее к сокращению («фактор матки»).

Изложенная концепция полностью подтверждается не только характером цитологической картины (обычно IV и III), но и результатами гистологического исследования соскобов, при которых чаще всего наблюдается гиперемия и гиперплазия эндометрия в фазе пролиферации или железистокистозная гиперплазия, когда железы приобретают вид растянутых полостей, а весь эндометрий приобретает вид, подобный виду швейцарского сы-



ра. Реже в соскобе обнаруживаются лишь обрывки гиперплазированной слизистой, ибо большая часть уже отторглась при длительном кровотечении, послужившем показанием к выскабливанию.

Исходя из всех представленных выше фактов, следует прийти к заключению, что отмеченные гормональные сдвиги при дисфункциональном маточном кровотечении в виде избытка эстрогенов и недостатка прогестерона, как бы важны они сами по себе ни были, являются лишь элементами патогенеза, т. е. только одним из звеньев в развитии заболевания. Истинной же, начальной причиной дисфункционального маточного кровотечения является сложный комплекс патологических факторов в виде нервно-психических сдвигов, гиповитаминозов и инфекций. Особое этиологическое значение эти факторы приобретают у женщин с той или иной степенью недоразвития половой сферы, конституциональной неполноценностью или при пониженной сократительной способности маточной мускулатуры после перенесенных воспалительных заболеваний.

Естественно, что и система лечения этого сложного заболевания должна строиться на принципе обязательного сочетания средств этиологического значения и препаратов патогенетического действия (гормонов). Следует лишь напомнить, что перед началом лечения должен быть точно установлен диагноз заболевания и в первую очередь должны быть учтены возможные нарушения в системе свертывания крови.

Поскольку некоторые особенности клинического течения и методы лечения соответствующих больных связаны с их возрастом, мы в дальнейшем изложении будем придерживаться следующей условной группировки:

1. Ювенильные кровотечения (юв. кр.), т. е. дисфункциональные маточные кровотечения (д. м. кр.) у девственниц в возрасте до 20 лет.

2. Д. м. кр. чадородного возраста — у женщин от 20 до 44 лет включительно.

3. Климактерические кровотечения (кл. кр.) — у женщин в возрасте от 45 лет и старше, так как начиная именно с этого возраста большое число женщин вступает в климактерический период.

*1. Ювенильные кровотечения.* Если при обследовании больной обнаруживаются отклонения в состоянии нервной системы, наиболее эффективными являются внутривенные вливания 10%-ного раствора бромистого натрия, начиная с 2 мл и с постепенным ежедневным повышением до 5 мл. При наличии признаков фокальной инфекции показано применение антибиотиков лучше в виде сочетания стрептомицина и пенициллина или заменяя пенициллин таблетками тетрациклина, тетрациклина, биомицина. Одновременно обязательно всем больным в течение заболевания назначать витамины, но не в виде патентованных

«поливитаминов», а в виде порошка, включающего достаточные количества аскорбиновой кислоты, витамина В<sub>1</sub> и глюкозы.

Для восстановления гормонального равновесия производятся инъекции 5%-ного прогестерона по 1 ампуле ежедневно (или прегнин по 2 таблетки 3 раза в день сублингвально в течение 7 дней), не прекращая инъекции раньше этого срока даже при остановившемся кровотечении. Часто через несколько дней после остановки кровотечения у девочек, получивших прогестерон или прегнин, возникает менструальноподобное кровотечение, иногда достаточно обильное. В таких случаях весьма полезными оказываются инъекции прегнантола, а также внутримышечное введение 10%-ного желатина до 15—20 мл. Возникающее после инъекции желатина небольшое повышение температуры не должно смущать лечащего врача; следует иметь в виду, что как раз у таких больных введение желатина особенно эффективно. При наличии фокальной инфекции полезно повторное назначение антибиотиков.

После прекращения кровотечения через 14—15 дней больная получает повторный курс прогестерона или прегнина. Одновременно (в течение всего времени наблюдения в консультации) проводится лечение всех тех заболеваний и возможное устранение тех вредных условий, которые, как было указано выше, являются факторами этиологического значения.

Конечно, если амбулаторное лечение не дает эффекта или больная явилась в состоянии угрожающей анемии, требующей, например, переливания крови, то такую больную надлежит срочно поместить в стационар.

Наш опыт показал, что ни лечение кровоостанавливающими средствами, ни изолированно проведенное гормональное лечение не может конкурировать с предлагаемым здесь дифференцированным комплексным этиопатогенетическим лечением. Если из 25 наших больных кровоостанавливающие средства дали эффект лишь у 8, а из 24 при чисто гормональном лечении выздоровление достигнуто у 16, то комплексное лечение 85 больных дало полный эффект у 81 и лишь у 4 наступил рецидив, что полностью подтверждает изложенные выше концепции.

Избранный метод лечения позволил нам получить наилучшие результаты без необходимости применения операции выскабливания, что в ювенильном возрасте имеет весьма большое значение.

*2. Дисфункциональные маточные кровотечения чадородного возраста.* Поскольку точная диагностика связана с гистологическим изучением соскоба, предполагается, что больная поступает под наблюдение консультации, имея на руках соответствующее заключение. Если выскабливание не было сделано, то при малейшем сомнении в диагнозе следует направить больную в стационар для операции выскабливания. При получении заключения, свидетельствующего об отсутствии органических причин

кровотечения и подтверждающего предварительный диагноз — дисфункциональное маточное кровотечение, основанный на анамнестических и объективных данных, приступают к лечению по изложенным выше принципам, т. е. с использованием антибиотиков, витаминов и внутривенного введения брома. Инъекции 10%-ного прогестерона или прием прегнина в течение 7 дней по 30 мг в сочетании с этими средствами обычно прекращают кровотечение, после чего делается перерыв в назначении гормональных препаратов. Последнее возобновляется через 14—15 дней по окончании кровотечения и также продолжается 7 дней. Если кровоотделение продолжается и после назначения гормонов, следует присоединять кровоостанавливающие средства в виде инъекций маммофизина, прегнантола, внутривенно хлористого кальция. При наличии некоторого увеличения размеров матки (без признаков фибромиомы) хороший эффект достигается легким гинекологическим массажем, а также инъекциями маммофизина непосредственно в шейку матки в количестве 2 мл (вводить медленно тонкой иглой).

У женщин с признаками той или иной степени полового недоразвития (позднее начало менструаций, явление гипоплазии и т. д.) полезно сочетать лечение прогестероном или прегнином с эстрогенами. По окончании кровотечения или непосредственно после выскабливания назначают в течение 16—18 дней эстрогенные препараты (синэстрол или диэтилстильбэстрол по 1 таблетке ежедневно), а затем в течение 7 дней препараты желтого тела. Женщины, страдающие холециститом или хроническими заболеваниями печени, плохо переносят эти эстрогенные препараты; им следует назначать инъекции фолликулина (эстрона) по 5—10 тыс. ед. в течение тех же 16—18 дней ежедневно или 0,1%-ные масляные растворы синэстрола (диэтилстильбэстрола), также с последующим приемом в течение 7 дней прогестерона (прегнина). Одновременно с этим показаны инъекции витамина В<sub>1</sub> по 60—100 мг в сутки в течение 6—8 дней и внутривенные вливания 40%-ной глюкозы по 20—40 мл с аскорбиновой кислотой до 300—500 мг в сутки.

При отсутствии лечебного эффекта после назначения прогестерона (прегнина) часто оказываются полезными инъекции больших доз эстрогенов: эстрадиолдипропионат по 2 ампулы через день до 3 инъекций или ежедневно по 2 ампулы 0,1%-ного диэтилстильбэстрола в течение 3 дней. При таком назначении эстрогенов лечебный эффект объясняется их действием, подавляющим фолликулостимулирующую функцию гипофиза с одновременным растормаживанием лютеинизирующей функции, что ведет к стимуляции желтого тела и последующему развитию секреторной фазы эндометрия.

Особая форма дисфункциональных маточных кровотечений в чадородном возрасте, при которых выступает роль пониженной сократительной способности матки, требует применения средств,

способствующих устранению этого дефекта. Помимо упомянутых выше сокращающих средств, в ряде случаев весьма полезным оказалось сочетание гормонального лечения с физиотерапевтическими процедурами: ионофорез  $\text{CaCl}_2$  или еще более эффективный метод Келлата: ионофорез  $\text{KJ}$  молочной железы с одновременным ионофорезом  $\text{CaCl}_2$  по ходу половых путей в течение 10—12 дней ежедневно.

Все перечисленные способы вполне осуществимы в условиях женской консультации и только при угрожающем по силе кровотечении больную надлежит направлять в стационар.

Значение описанного комплексного и дифференцированного лечения дисфункциональных маточных кровотечений чадородного возраста иллюстрируется следующими цифрами:

	Всего боль- ных	Выздоровело	Рецидив
Лечение гормонами в сочетании с кровоостанавливающими средствами (1952—1954 гг.) . . . . .	81	33 (40,7%)	48 (59,3%)
Комплексное лечение (гормоны, бром, антибиотики, витамины) — в 1955—1957 гг. . . . .	275	229 (83,3%)	46 (16,7%)

3. *Климактерические кровотечения.* Впервые в литературе в качестве причины этих кровотечений Клебс и Киш предположили возникающее с возрастом утолщение белковой оболочки яичника, что препятствует лопанию фолликула. Однако наши наблюдения указывают, что как по этиологическим факторам, так и по механизму развития заболевания климактерические кровотечения весьма мало отличаются от дисфункциональных маточных кровотечений других возрастов. Можно только отметить, что в этом возрасте в клинической картине заболевания с возрастом все более сказывается фактор матки, т. е. структурные и функциональные нарушения органа.

Климактерические кровотечения составляют значительную часть всех д. м. кр. Из находившихся под нашим наблюдением 906 больных д. м. кр. 419 были в климактерическом возрасте, т. е. 46,2%. При этом можно было отметить, что из этих 419 женщин подавляющее большинство больных (82,5%) были в возрасте от 45 до 50 лет; это дает основание предположить, что климактерические кровотечения чаще всего возникают именно в первый период климактерия, т. е. в той фазе его, которая по Цондеку носит название гиперфолликулиновой. Действительно, цитологическое исследование влагалищного мазка, произведенное Н. А. Абдиевой и А. А. Прилепской у наших 111 больных установило, что первый тип не наблюдался ни разу, второй — у 13, третий — у 71 и четвертый — у 27, т. е. в подавляющем большинстве случаев (88,4%) имелась достаточная и высокая эстрогенная насыщенность или, во всяком случае, недостаточно выраженная лютеиновая фаза.

Со стороны внутренних органов каких-либо изменений, характерных именно для больных, страдающих кл. кр., мы установить не могли. Лишь в отношении функции печени были установлены нарушения, свойственные нашим больным. По исследованиям некоторых авторов, активное состояние функции печени в процессе метаболизма эстрогенов играет важную роль в обеспечении периодичности полового цикла, а также в этиологии дисфункционального маточного кровотечения. М. М. Шашиным изучал антитоксическую функцию печени у наших больных по способу Квика — Пытеля, что характеризовало ее функциональное состояние и косвенным образом ее участие в процессе метаболизма эстрогенных гормонов. При этом оказалось, что только в 25% антитоксическая функция печени была нормальной. У остальных же больных она была понижена. Это создает новые аспекты в вопросах профилактики и терапии климактерических и других форм д. м. кр. и требует не только определения состояния печени, но и регулирования ее функций, если таковые нарушены (печеночная диета, внутривенные вливания 40%-ного раствора глюкозы по 40 мл в сутки, а также инъекции витамина В<sub>1</sub> до 80—100 мг ежедневно в течение всего курса лечения).

Гинекологическое исследование больных, страдающих кл. кр., установило, что в 77% имелось некоторое увеличение размеров матки без каких-либо других патологических изменений полового аппарата, в 19% размеры матки были нормальными и в 4% они были меньше нормы. Надо думать, что этот факт имеет несомненное клиническое значение. Возможно, что некоторое увеличение матки является лишь проявлением эстрогенного воздействия на нее с последующей гиперплазией слизистой и увеличением кровенаполнения органа; не исключено, что в некоторых случаях увеличение размеров предшествовало кровотечению и последнее развилось на фоне уже существовавших структурных изменений матки (хронический метрит, миоматоз). Это обстоятельство имеет важное значение в выборе метода лечения, ибо наличие увеличенного размера матки, сопровождающееся часто снижением ее сократительной способности, диктует применение специальных методов лечения.

Лечение больных климактерического возраста, обращающихся в консультацию с жалобами на ациклические кровотечения, должно всегда и обязательно начинаться с направления всех без исключения таких больных в стационар для операции выскабливания. Последнее является в первую очередь методом исключения ракового заболевания, которое в этом возрасте является вовсе не редкостью.

Операция выскабливания является абсолютно показанной при кл. кр. не только в целях выявления рака, но и как весьма действенное лечебное мероприятие.

При возвращении женщины в консультацию из стационара после перенесенного там выскабливания с диагнозом кл. кр.,

следует продолжать лечение амбулаторно, независимо от того, продолжается ли кровоотделение или полностью отсутствует. Если кровотечение или даже кровоотделение продолжается, следует назначить кровоостанавливающие средства, лучше всего маммофизин по 1 мл в виде инъекции 2 раза в день. Одновременно следует применять препараты, повышающие свертываемость крови (хлористый кальций внутривенно или методом электрофореза, желатина). При наличии анамнестических указаний или объективных признаков заболевания печени — обязательно соответствующее лечение (стр. 133).

У более молодых женщин (45—46) и в тех случаях, когда кровотечение после выскабливания не возобновилось, следует применить прегнин или прогестерон в течение 7 дней ежедневно, начиная с 15—20-го дня после выскабливания, лучше всего в сочетании с ионофорезом по Келлату до 10—12 сеансов (см. стр. 132). Такие курсы следует повторять по 2—3 раза за 7 дней до начала ожидаемой менструации или через 15—18 дней после прекращения кровоотделения. Как показали наблюдения М. А. Турдаковой, эта методика особенно эффективна у тех женщин, страдающих кл. кр., у которых при гинекологическом исследовании выявлено увеличение размеров матки, а также в группе больных более молодого возраста (45—46), страдающих кровотечениями менее одного года.

В более пожилом возрасте (47 лет и старше), а также при более упорных кровотечениях, следует использовать андрогены. Метилтестостерон назначается по 2 таблетки 3 раза в день сублингвально в течение 6 недель или внутримышечно вводится тестостерон-пропионат: 1%-ный через день, 2,5%-ный через 3 дня и 5%-ный — 1 раз в неделю также в течение 6 недель. При лечении андрогенами следует систематически наблюдать за их побочным — вирилизующим — действием: при появлении аспе, понижении тембра голоса, повышении libido, а особенно при появлении волос на лице следует сразу лечение андрогенами отменить. В настоящее время можно применить новый препарат (метиландростендиол), обладающий меньшими вирилизующими свойствами (см. стр. 140).

Помимо выскабливания, гормональных препаратов и кровоостанавливающих средств необходимо включать в систему лечения в обязательном порядке всем больным витамины; внутривенные вливания брома и антибиотики назначаются, если к этому имеются соответствующие показания, как это указано на стр. 131. При наличии анемии назначается гемостимулин по 1 таблетке 3 раза в день (за едой, запивать 1%-ным раствором соляной кислоты), или внутримышечные инъекции антианемина по 2 мл ежедневно. Высокоэффективным средством является витамин В<sub>12</sub> внутримышечно, ампулы по 30 γ через 1 день — 2 раза, а затем 1 раз в 3 дня под контролем анализа крови.

Как явствует из представленных выше результатов лечения

различными методами, ни один из них не является радикальным. При негативных результатах лечения показанным является применение методов, полностью прекращающих менструальную функцию (хирургическое вмешательство в группе более молодых женщин или лучевое лечение в группе женщин от 50 лет и старше). Для этого большую надлежит направить в стационар. Однако рентгенокастрацию при необильном кровотечении можно проводить и амбулаторно, но обязательно после предварительного выскабливания с гистологическим исследованием соскоба (для исключения других причин кровотечения — рак, субмукозная миома и т. д.). Обычно для получения менопаузы достаточно общей суммы излучения в количестве 4000 г на оба поля яичников. Иногда после рентгенокастрации бывает еще одна и еще реже две менструации, после чего наступает стойкая менопауза.

В целях изучения хирургического метода лечения климактерических кровотечений мы проверили операционные журналы отделения оперативной гинекологии за последние 10 лет. При этом оказалось, что не было ни одного случая, когда бы операция надвлагалищной ампутации матки или экстирпации ее была произведена по причине климактерического или дисфункционального кровотечения. Выяснилось, что все случаи направления таких больных на операцию заканчивались уточнением диагноза, а именно — было обнаружено наличие или небольшого субмукозного узла или диффузного миоматоза или аденомиоза. Весьма важно также, что и при гистологическом исследовании удаленной матки ни разу нельзя было обнаружить нормальной структуры матки, что свидетельствовало именно об «органической», а не «дисфункциональной» форме кровотечения у этих оперированных больных.

Объясняется этот факт, конечно, не тем, что дисфункциональных в строгом смысле слова кровотечений не существует, а тем, что эта форма кровотечений обязательно поддается консервативному лечению. Если же выявляются показания к хирургическому вмешательству, то это уже чаще всего не дисфункциональные кровотечения, а субмукозная миома или аденомиоз, что необходимо и возможно установить путем более тщательного клинического обследования.

## ГЛАВА XIX

### КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО НЕВРОЗА У ЖЕНЩИН

В период, переходный от репродуктивного возраста к старости, в организме женщины происходят сложные изменения в деятельности ряда органов. В этот период закономерно изме-

няется гонадотропная функция гипофиза и яичников, что приводит к нарушению их циклической деятельности и к полному необратимому прекращению менструаций.

Существенное значение в развитии указанных выше физиологических и патологических изменений имеет возрастное нарушение функции центральной нервной системы и специально гипоталамических центров.

Под климактерием следует понимать изменения в определенных отделах центральной нервной системы и специально гипоталамуса (регулирующих гонадотропную функцию гипофиза, овуляторную и гормональную функции яичников), приводящие к возрастному нарушению овуляции и прекращению репродуктивной функции.

Климактерий — физиологический процесс, являющийся только одним из разделов старения. Менопауза — необратимое возрастное прекращение менструаций — один из этапов климакса.

Следует иметь в виду, что в случае появления у женщины во время менопаузы кровоотделения, его нельзя отождествлять с возобновлением менструаций, и всегда надо учитывать возможность возникновения кровоотделения в связи с каким-либо заболеванием, и в первую очередь — со злокачественным новообразованием.

Климакс — понятие более широкое, чем менопауза, и охватывает определенной длительности период, начиная от первичных изменений в центральной нервной системе (и специально гипоталамических центров, имеющих отношение к регуляции гонадотропных функций гипофиза), вплоть до полного угасания деятельности яичников.

О начале климакса можно судить по появлению нарушений менструального цикла или по косвенным признакам — по появлению симптомов климактерического невроза при еще сохраненном менструальном цикле.

Развитие климакса продолжается и после прекращения менструации.

На это указывает продолжающееся высокое выделение фолликулостимулирующего гормона мочой в течение ряда лет и продолжающаяся динамика выделения эстрогенов. Выделение эстрогенов достигает стабильно низкого уровня у большинства женщин только спустя 2 года после наступления менопаузы. Длительно сохраняющиеся в течение ряда лет симптомы климактерического невроза или появление их через несколько лет после начала менопаузы также могут служить косвенным признаком незакончившегося климакса.

Основными патологическими нарушениями климакса являются климактерический невроз и дисфункциональные маточные кровотечения.

Климактерический невроз является патологическим, далеко



не обязательным состоянием и наблюдается приблизительно у 50% женщин. В основе патогенеза климактерического невроза лежат возрастные изменения в высших отделах центральной нервной системы — коре головного мозга, в особенности в гипоталамических центрах.

Изменение гормональной функции яичников не является фактором, определяющим развитие климактерического невроза, и он может развиваться при нормальном уровне продукции эстрогенов. Однако значительное понижение продукции эстрогенов, наступающее обычно спустя 2 года после начала менопаузы, вероятно, может иметь значение дополнительного фактора, еще больше меняющего возбудимость гипоталамических центров и способствующего выявлению и усилению вегетативно-нервных симптомов невроза. Изменения в гипоталамических центрах, связанные с появлением симптомов климактерического невроза, должны быть отделены от изменений, приводящих к нарушению гонадотропной и овариальной функций яичников, прекращению овуляции и наступлению менопаузы. Однако близкое хронологическое совпадение развития климактерического невроза и нарушений менструального цикла, а также влияние эстрогенов на симптомы климактерического невроза делают очевидной функциональную зависимость между центрами гипоталамуса, имеющими отношение к генезу этих состояний.

## КЛИНИКА

Появление первых симптомов климактерического невроза наблюдается у женщин наиболее часто в возрасте 45—50 лет; в отдельных случаях они могут развиваться в более раннем (38—40 лет) и в более позднем возрасте (55—60 лет).

Климактерический невроз может появиться у женщины с еще сохраненным менструальным циклом (16,3%), при нарушениях цикла (44,1%) и в различные сроки после наступления менопаузы (39,6%).

У большинства больных заболевание протекает легко и продолжается несколько месяцев, но у части больных климактерический невроз протекает тяжело и симптомы его могут сохраняться годами — в редких случаях даже до 20 лет.

Из многочисленных симптомов климактерического невроза характерными, в известной мере «специфичными» симптомами можно считать своеобразные вегетативные кризы — «приливы».

Остальные симптомы — бессонница, потливость, головные боли, болевые ощущения в области сердца, вестибулярные нарушения, диэнцефальные кризы и другие, а также нервно-психические нарушения встречаются и при других расстройствах нервной системы, протекающих с нарушением функции высших вегетативных нервных центров диэнцефалической области.

Ввиду малой специфичности большинства симптомов климактерического невроза в ряде случаев могут возникнуть трудности при решении вопроса, можно ли те или иные явления у данной больной отнести за счет климактерического невроза или они зависят от какого-либо другого заболевания. В этом отношении большую помощь может оказать правильно собранный анамнез — уточнение времени появления тех или иных нарушений, связь их с нарушениями менструального цикла, а также связь менее характерных проявлений заболевания с типичными «приливами».

## ЛЕЧЕНИЕ

Лечение должно быть комплексным: наряду с применением половых гормонов применяются также другие средства, действующие на нервную систему, — бромиды, барбитураты, резерпин, а также физиотерапия.

Назначение бромидов и барбитуратов в седативных и снотворных дозах больным климактерическим неврозом производится по тем же показаниям, как и при лечении других неврозов. Благоприятный эффект может оказать витаминотерапия — аскорбиновая кислота, витамины комплекса В (В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>), витамин Е. Последний назначается в дозах 80—100 мг в сутки.

Из физиотерапевтических процедур благоприятное вспомогательное действие при климактерическом неврозе оказывает гидротерапия, в частности хвойные ванны, аэро- и гидроионотерапия. Физиотерапия часто улучшает сон, уменьшает раздражительность, головные боли, потливость. Имеются указания на хороший эффект лечения шейно-лицевой гальванизацией по Келлату.

У ряда больных отмечается благоприятный эффект при лечении внутримышечными инъекциями новокаина; при этом виде лечения также преобладает неспецифическое действие: улучшается общее самочувствие и сон, уменьшаются головные боли.

Для инъекций предпочтительно применяется свежеприготовленный 2%-ный раствор новокаина на физиологическом растворе или на 5%-ном растворе глюкозы. Инъекции рекомендуются делать через день в дозе от 2—4 мл до 10 мл (в зависимости от переносимости препарата). На каждую последующую инъекцию прибавлять по 1 мл раствора. Курс лечения — 12 инъекций, между курсами перерыв 10 дней. Для получения благоприятного результата рекомендуется проводить не менее двух—трех курсов.

В комплексной терапии климактерического невроза дополнительным компонентом является лечебная физкультура, которая рекомендуется всем больным при отсутствии у них специальных противопоказаний.

Необходимо разъяснять больным, что вегетативные нарушения при климактерическом неврозе являются преходящими, исчезают после того, как организм приспособится к новым физиологическим условиям. Необходимо указать, что прекращение репродуктивной способности женщины не означает конца её половой жизни. Важно разъяснить, что большинство тягостных проявлений климактерического невроза связаны с чисто функциональными нарушениями и не свидетельствуют о наличии какого-либо серьезного, опасного для работоспособности и жизни заболевания.

### Гормональная терапия

Для лечения климактерического невроза применяются эстрогены и андрогены как самостоятельно, так и в комбинации друг с другом.

Лечение половыми гормонами и их синтетическими аналогами необходимо проводить под контролем вагинальных мазков, в известной степени отражающих эстрогенную насыщенность организма.

*Лечение женскими половыми гормонами.* Женские половые гормоны и их синтетические аналоги являются наиболее эффективным терапевтическим средством при лечении климактерического невроза.

Побочным действием эстрогенов, препятствующим длительному их применению, является способность вызывать пролиферативные изменения в половых органах (матка, влагалище) и молочных железах.

Эстрогены без сочетания их с андрогенами назначаются больным при отсутствии у них новообразований в половых органах (фибромиомы и т. п.) и молочных железах, пониженной эстрогенной насыщенности организма, соответствующей первому или второму типам вагинальных мазков.

Лечение эстрогенами начинается с назначения сравнительно больших доз препаратов:

Эстрадиол-дипропионат по 0,5 мг (5000 ед.) три раза в неделю внутримышечно или тот же препарат по 1 мг (10 000 ед.) два раза в неделю.

Фолликулин по 5—10 тыс. ед. внутримышечно через день.

Этинил-эстрадиол и близкие ему препараты для сублингинального применения назначаются по 0,01—0,025 мг ежедневно. Препарат выпускается в таблетках, содержащих этинил-эстрадиол в дозах 0,01 мг и 0,05 мг.

Диэтилстильбэстрол и димэстрол при их парентеральном применении назначаются в тех же дозах, как и эстрадиол-дипропионат; но при назначении этих препаратов следует учитывать, что их влияние на пролиферативные процессы в женской

половой сфере может быть больше, чем влияние эстрадиола. При приеме внутрь назначается диэтилстильбэстрол и синэстрол по 1 таблетке (1 мг) ежедневно, октэстрол 1—2 таблетки в день.

В случаях неосложненного климактерического невроза клинический эффект наступает обычно на третьей неделе лечения.

При назначении эстрогенов больным, имеющим 3-й тип вагинального мазка, что иногда приходится делать по специальным показаниям (гиперхолестеринемия, непереносимость андрогенных препаратов и др.), необходим более частый контроль состояния полового аппарата, чтобы предупредить маточные кровотечения.

После наступления клинического эффекта или при появлении симптомов, указывающих на насыщение организма эстрогенами (переход вагинального мазка в 4-й тип, появление чувствительности молочных желез и нагрубание их и т. п.), дозы эстрогенов снижаются, интервалы между инъекциями увеличиваются. На этой стадии лечения рекомендуется переходить на комбинированную терапию эстрогенами и андрогенами.

При лечении эстрогенами в начале лечения контрольный гинекологический осмотр и цитологическое исследование вагинальных мазков должны производиться еженедельно. После перехода на комбинированное применение эстрогенов и андрогенов наблюдение достаточно осуществлять один раз в месяц.

В аптечную сеть поступают различные патентованные препараты, содержащие в числе других компонентов эстрогены (например, климактерин). При назначении этих препаратов необходимо учитывать входящие в их состав гормоны, а также их количество.

*Лечение мужскими половыми гормонами.* Андрогены по силе своего действия на клинические проявления климактерического невроза, а также на гиперхолестеринемия обычно уступают эстрогенам. Специальным показанием при лечении климактерического невроза андрогенами является наличие фибромиом матки или новообразований в половых органах или в молочных железах, климактерические кровотечения. Андрогены целесообразно назначать и в тех случаях, когда гормонотерапия оказывается необходимой у больных климактерическим неврозом при сохраненном менструальном цикле или при нерегулярных, но еще непрекратившихся менструациях. Больным более молодого возраста — до 45 лет, у которых менструации регулярные, андрогены лучше назначать прерывистыми курсами — во вторую половину цикла. При нерегулярных менструациях или при сочетании климактерического невроза с маточными кровотечениями назначается более длительное (до 3—4 месяцев) лечение андрогенами без перерывов. У больных, у которых климактерический невроз сочетается с фибромиомами матки, лечение может проводиться до одного года.

Начальные дозы для тестостерон-пропионата 10—25 мг внутримышечно, через день; для метилтестостерона 30—40 мг в сутки (6—8 таблеток по 5 мг) сублингвально. После наступления клинического эффекта дозы постепенно снижаются.

Побочное действие андрогенов при их более или менее длительном применении может проявляться огрубением голоса, задержкой в организме жидкости (появлением отеков), появлением аспе, эротизирующим влиянием. Эти нежелательные явления в отдельных случаях могут появиться довольно быстро и могут препятствовать проведению лечения до наступления клинического эффекта, отмечаемого обычно не ранее чем после 2—3 недель терапии. При более длительном введении препаратов может наблюдаться появление растительности на лице, в особенности у больных, у которых имелаась и ранее хотя бы небольшая тенденция к гипертрихозу. При побочных явлениях, возникающих при лечении больных, андрогены отменяются и симптомы маскулинизации исчезают вскоре после отмены терапии.

Лечебное действие половых гормонов как эстрогенов, так и андрогенов, в особенности если лечение проводилось недостаточно длительно, является временным и прекращается обычно вскоре после прекращения терапии; после 3—4-месячного лечения эффект у многих больных оказывается стойким.

*Лечение метиландростендионом.* Высокоэффективным терапевтическим средством при лечении климактерического невроза является синтетический препарат — метиландростендиол, который выпускается в таблетках по 0,01—0,025 г. Этот препарат обладает менее выраженными андрогенными свойствами, не препятствующими обычно его длительному применению. Метиландростендиол может назначаться во всех случаях, когда показано назначение андрогенов. Начальная дозировка — 50 мг (две таблетки по 25 мг) сублингвально. После наступления эффекта дозы снижаются до 25—12,5 мг в сутки. Ввиду своего слабого андрогенного действия в комбинации с эстрогенами метиландростендиол не назначается.

*Комбинированное лечение мужскими и женскими половыми гормонами.* Наиболее целесообразным видом гормональной терапии является комбинированное применение эстрогенов и андрогенов. При этом центральное действие гормональных препаратов на нервную систему и на устранение климактерического невроза сильнее, чем действие каждого из них в отдельности. В то же время андрогены предотвращают периферическое пролиферативное действие эстрогенов на половые органы и молочные железы, что позволяет проводить лечение длительно без опасения вызвать маточные кровотечения или иные осложнения, могущие возникнуть при длительном применении эстрогенов. Проллиферативное действие эстрогенов надежно предотвращается при весовом соотношении эстрадиол-дипропионата к тесто-

стерон-пропионату равном 1 : 20. В отдельных случаях при появлении симптомов гиперандрогенемии это соотношение может быть доведено до 1 : 10, однако при этом больные нуждаются в более систематическом наблюдении гинеколога для выявления пролиферативных изменений в женских половых органах.

Рекомендуемые соотношения наиболее распространенных эстрогенных и андрогенных препаратов в начале комбинированной гормонотерапии:

эстрадиол-дипропионат 1 мг (10 000 ед.), или фолликулин — эстрон (10 000 ед.) или диэтилстильбэстрол 1 мг (1 мл 0,1%-ного масляного раствора) в комбинации с тестостерон-пропионатом 20 мг (2 мл 1%-ного масляного раствора).

Вводить внутримышечно 1 раз в 3 дня одновременно эстрогены и андрогены.

При соотношении эстрадиол-дипропионата к тестостерон-пропионату равном 1 : 10 эстрогены вводить в тех же дозах, тестостерон-пропионат (1 мл 1%-ного раствора) также один раз в три дня.

Комбинированная гормональная терапия может назначаться либо с самого начала лечения, либо на нее переходят тогда, когда лечение начато с назначения эстрогенов и не может быть продолжено вследствие появления признаков пролиферации в половых органах (переход вагинального мазка в 4-й тип).

Комбинированная гормональная терапия может с самого начала проводиться путем сочетания этинил-эстрадиола с метилтестостероном — препаратов, назначаемых сублингвально. Первоначальные дозы этинил-эстрадиола 0,01 мг 2 раза в день, метилтестостерона — 10 мг (2 таблетки по 5 мг) 2 раза в день. В дальнейшем соотношения и величина доз должны быть уточнены в зависимости от индивидуальной реакции.

После устранения основных клинических проявлений климактерического невроза рекомендуется постепенно перейти на лечение минимальными поддерживающими дозами гормонов. Рекомендуемые поддерживающие дозы наиболее распространенных гормональных препаратов при комбинации представлены ниже.

**Эстрогены:** эстрадиол-дипропионат 0,5 — 1 мг внутримышечно (1 раз в неделю), или фолликулин 2500 ед. внутримышечно (2 раза в неделю), или диэтилстильбэстрол 0,1%-ный 0,5 мл (0,5 мг) внутримышечно (1 раз в неделю), или синэстрол, или октэстрол, или диэтилстильбэстрол по 1 мг сублингвально (2 раза в неделю) в комбинации с андрогенами.

**Андрогены:** тестостерон-пропионат 10 мг (1 мл 1%-ного раствора) внутримышечно (1 раз в неделю), или метилтестостерон 70 мг в неделю сублингвально (по 1 таблетке — 5 мг 2 раза в день).

В тех случаях, когда эстрадиол-дипропионат вводится в дозе по 1 мг, тестостерон-пропионат — по 20 мг.

Для получения более или менее стойкого эффекта при тяжелых формах климактерического невроза гормональная терапия должна проводиться достаточно длительно и непрерывно (на

протяжении от 6—8 месяцев до 1—2 лет). При недостаточной длительности гормонотерапии симптомы заболевания обычно проявляются с прежней силой вскоре после прекращения лечения. Исчезновение симптомов климактерического невроза во время лечения является основанием для снижения доз гормонов до малых — поддерживающих, но не для отмены терапии.

### Лечение резерпином

Из препаратов, действующих на высшие отделы центральной нервной системы, применение для лечения климактерического невроза нашел резерпин, обладающий сильным ваготропным и седативным действием.

По силе своего действия на приливы резерпин уступает гормонам; уменьшая частоту и силу приливов, резерпин обычно не ликвидирует их полностью. Специальным показанием для назначения резерпина является тахикардия (стойкая или в виде приступов), дисэнцефальные вегетативные кризы (приступы сердцебиения, изменение окраски лица, выделение большого количества светлой мочи и т. д.). Эти нарушения нередко трудно поддаются гормональной терапии; в этих случаях целесообразно комбинировать гормонотерапию с лечением резерпином. Резерпин назначается также в случаях сочетания климактерического невроза и гипертонической болезни, при которой гормонотерапия не оказывает гипотензивного действия.

В более легких случаях заболевания резерпин, в особенности в сочетании с другими средствами, влияющими на центральную нервную систему (бромиды, барбитураты, физиотерапия), может оказаться достаточно эффективным лечебным средством.

Лечение резерпином обычно начинается с назначения малых доз препарата — 0,1 мг через 8—12 часов (2 раза в сутки) с постепенным повышением дозы до эффективной или максимально переносимой. Обычно терапевтически эффективной является доза 0,3—0,75 мг в сутки. Колебания в индивидуальной чувствительности к препарату у больных климактерическим неврозом велики. После достижения клинического эффекта лечение продолжается длительно на сниженных (поддерживающих) дозах препарата.

Лечение резерпином противопоказано при наличии у больной стенокардии (не кардиалгий!), указаний на язвенную болезнь, повышенную кислотность желудочного сока.

Лечение резерпином рекомендуется проводить под наблюдением терапевта.

Из возможного побочного действия препарата необходимо указать на возможность появления приступов стенокардии; выраженной брадикардии, задержки жидкости, желудочно-кишечных расстройств. Однако при невысоких дозах резерпина и правильном подборе доз обычно не отмечается осложнений.

## ЦИТОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЛАГАЛИЩНЫХ МАЗКОВ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ

### ТЕХНИКА ПРИГОТОВЛЕНИЯ ВЛАГАЛИЩНЫХ МАЗКОВ ДЛЯ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Основное условие, которое должно быть соблюдено при цитологическом исследовании, — это максимальное сохранение морфологии клеток. Очень важно брать мазки из одного и того же места, лучше из заднего или бокового сводов влагалища, потому что эпителий здесь меньше всего подвержен негормональным (воспалительным) влияниям. Мазки, взятые из наружной трети влагалища, обычно показывают более высокую степень пролиферации вследствие механических раздражений. Забор материала можно производить с помощью петли, ватного тампона, пипеткой с резиновой грушей, ложечкой или с зеркала. При большом числе обследуемых больных очень удобно брать отделяемое ушной ложечкой, которая годится для взятия мазков у детей и старых женщин.

### ОКРАСКА МАЗКА

Капля содержимого наносится на предметное стекло и размазывается другим стеклом (как при исследовании крови). Фиксация мазка производится или при подсушивании на воздухе, или в жидкости Никифорова (смесь равных частей 96° спирта и эфира).

*Окраска гематоксилином — эозином.* После фиксации мазка на 5—7 минут на стекло наносится раствор гематоксилина до получения легкого фиолетового окрашивания. Стекло промывается водой и на полминуты наносится 1% -ный водный раствор эозина, затем опять промывается водой.

*Окраска метиленовой синькой.* На стекло наносится 1—2 капли 1% -ного водного раствора метиленовой синьки и препарат покрывается покровным стеклом. Затем препарат промывается дистиллированной водой до обесцвечивания: к одному краю подносится 1—2 капли дистиллированной воды, к другому фильтровальная бумага. Для сохранения препарата на длительное время края стекла смазываются парафином.

*Окраска фуксином.* На стекло наносится на 1 минуту раствор фуксина и промывается водой (3,0 кислого фуксина растворяется в 100,0—96° спирта. К 12 мл этого раствора нужно прибавить 100 мл дистиллированной воды).

*Окраска по Романовскому — Гимза* такая же, как принято для окрашивания мазков крови.

Все вышеприведенные методы очень просты, и дело врача



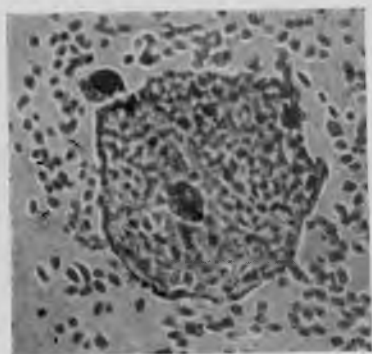


Рис. 1. Клетка поверхностного слоя.



Рис. 2. Клетка промежуточного слоя.



Рис. 3. Клетка базального слоя.

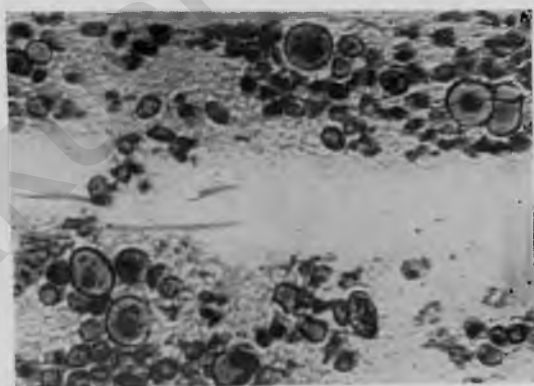


Рис. 4. I тип мазка. Базальные клетки малых размеров с большими круглыми ядрами. Много лейкоцитов.

Ув.  $10 \times 43$ .

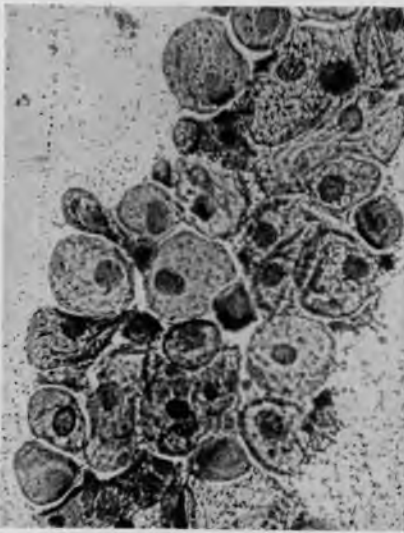


Рис. 5. II тип мазка. Базальные клетки округлой и овальной формы с большими ядрами.

Ув.  $10 \times 43$ .

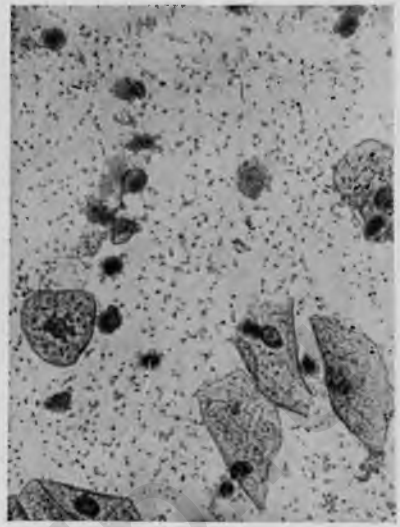


Рис. 6. III тип мазка. Клетки промежуточного слоя треугольной формы с завернутыми краями, ядрами средней величины и отдельные базальные клетки.

Ув.  $10 \times 43$ .

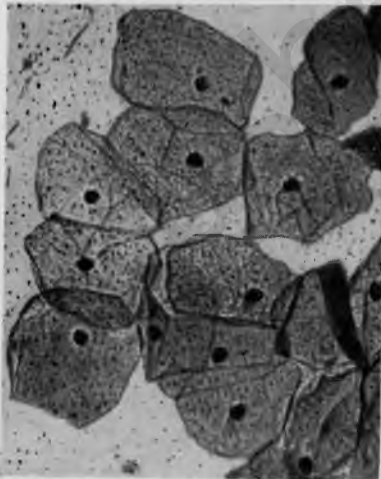


Рис. 7. IV тип мазка. Большие плоские клетки поверхностного слоя четырехугольной формы с маленькими пикнотическими ядрами. Лейкоциты отсутствуют.

Ув.  $10 \times 43$ .

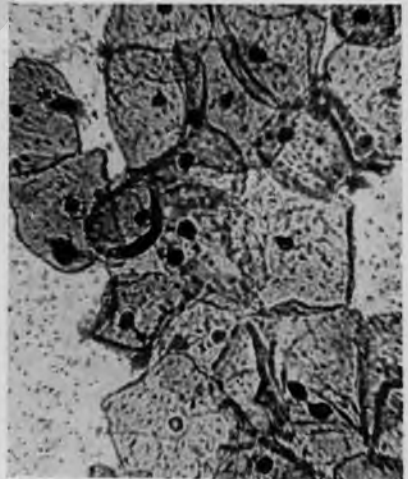


Рис. 8. Мазки 24-летней женщины на 8-й день менструального цикла. Клетки поверхностного слоя с маленькими ядрами и клетки промежуточного слоя, располагающиеся группами, лейкоцитов мало. Фолликулярная фаза менструального цикла.

Ув.  $10 \times 43$ .

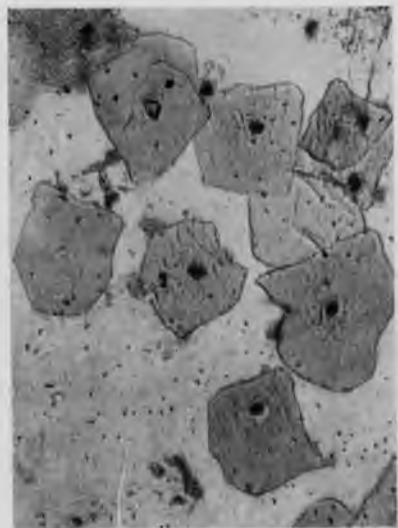


Рис. 9. Мазок на 14-й день менструального цикла. Клетки поверхностного слоя с небольшими ядрами располагаются совершенно отдельно. В цитоплазме видна зернистость и вакуоли. Лейкоцитов нет. Стадия овуляции.

Ув. 10 × 43.

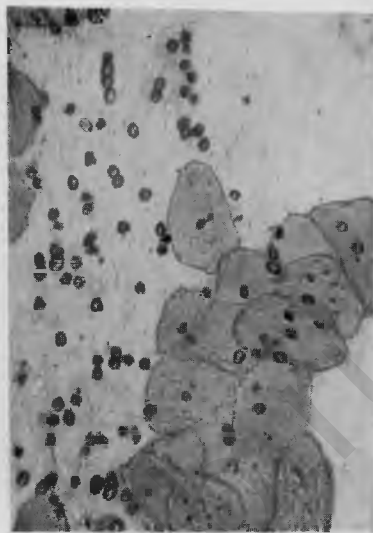


Рис. 10. Мазок на 18-й день цикла у той же женщины. Клетки промежуточного слоя располагаются группами. Появляются лейкоциты. Ранняя лютеиновая фаза.

Ув. 10 × 43.

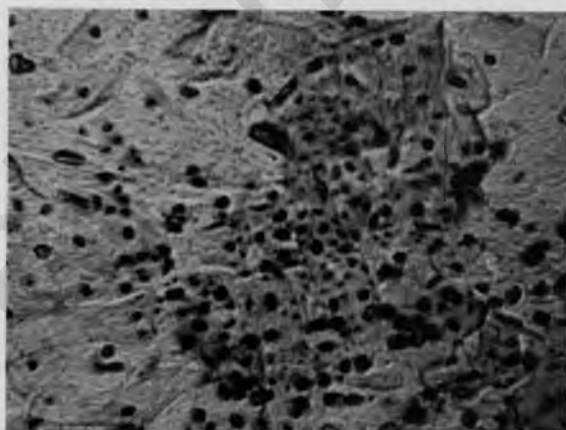


Рис. 11. Мазок на 27-й день цикла (за день до менструации). Клетки промежуточного слоя, располагающиеся пластами, и лейкоциты. Границы клеток смазаны. Фон мазка грязный. Поздняя лютеиновая фаза.

Ув. 10 × 43.

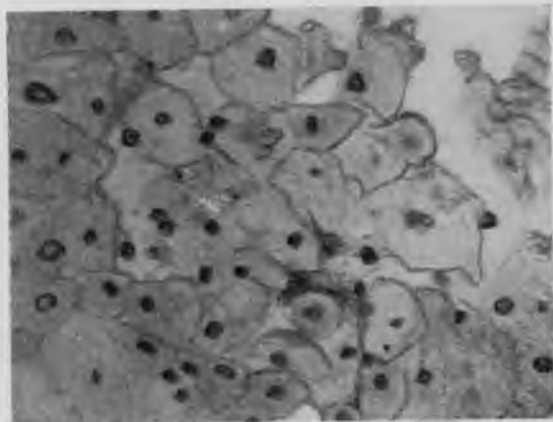


Рис. 12. Клетки базального, промежуточного и поверхностного слоев влагалищного эпителия, располагаются пластами, много эритроцитов. Начало менструации.



Рис. 13. Кристаллизация слизи из цервикального канала на 13-й день менструального цикла в виде листа папоротника. Симптом „папоротника“.

Ув. 10 × 10.

выбрать любой из них. На наш взгляд следует отдать предпочтение окраске препаратов гематоксилином — эозином, так как этим методом можно одновременно за 10—15 минут приготовить 20 мазков. Препараты сохраняются, не выцветая длительное время.

### ХАРАКТЕРИСТИКА КЛЕТОЧНОГО ОТДЕЛЯЕМОГО ВЛАГАЛИЩНОГО ЭПИТЕЛИЯ

Влагалищный эпителий состоит из трех слоев клеток: поверхностного, промежуточного и базального. Во время менструации поверхностный или функциональный слой, а также часть промежуточного слоя отторгается и начинаются процессы регенерации в базальном слое.

Соответственно гистологической структуре стенки влагалища в мазках можно различить три вида клеток:

1. Клетки поверхностного слоя (рис. 1), приближающиеся к четырех- или пятиугольной форме, плоские, с четкими контурами. Ядро маленькое пикнотическое в диаметре не более 6  $\mu$ . Соотношение величины ядра и цитоплазмы в поверхностной клетке приблизительно равно 1 : 10.

2. Клетки промежуточного слоя (рис. 2), вытянутые в длину, приближаются к треугольной (полигональной) форме ядра, больше 6  $\mu$  в диаметре. Края клеток часто завернуты.

3. Клетки базального слоя (рис. 3) округлой или овальной формы, различной величины, иногда не более нейтрофила. Цитоплазма этих клеток окрашивается в более темные тона.

Кроме клеточных элементов, в мазках нужно различать лейкоциты, эритроциты, палочки Дёдерлейна и детрит.

Влагалищные мазки могут отражать выраженный эстрогенный эффект или относительную эстрогенную недостаточность. Гейстом и Сальмоном предложена классификация мазков для определения степени эстрогенной недостаточности.

#### Типы мазков по классификации Гейста и Сальмона

I тип (рис. 4) характеризует значительную эстрогенную недостаточность. В мазках преобладают маленькие базальные клетки округлой или овальной формы с большим темноокрашивающимся ядром. Много лейкоцитов, могут встречаться эритроциты, поверхностные клетки полностью отсутствуют.

II тип (рис. 5) — средняя степень эстрогенной недостаточности. В мазках определяются клетки как базального, так и промежуточного слоя с большими ядрами. Встречаются лейкоциты: I и II типы мазков называют атрофическими.

III тип (рис. 6) — незначительная эстрогенная недостаточность. Преобладают клетки промежуточного слоя, располагаю-

щиеся группами. Встречаются отдельные клетки базального слоя.

IV тип (рис. 7) — значительная эстрогенная насыщенность. В мазках преобладают большие плоские клетки поверхностного слоя с маленькими пикнотическими ядрами. Лейкоциты отсутствуют, много палочек Дёдерлейна. Однако не всегда можно отнести мазок больной к тому или иному типу, чаще встречаются переходные типы (I—II, III—IV и т. д.), тогда следует на первое место ставить тот тип, черты которого более четко представлены в мазке.

Для дифференциальной диагностики ряда нарушений овариально-менструального цикла важно знать возрастные особенности мазков женщины.

### Цитологическая картина влагалищных мазков от периода новорожденности до менопаузы

Влагалищный эпителий плода и новорожденного подвергается влиянию эстрогенов матери. Поэтому вид мазков новорожденных девочек напоминает таковой нормально менструирующих женщин в лютеиновую фазу цикла. Мазки состоят преимущественно из пластов промежуточных клеток, окрашивающихся в слабые базофильные тона.

Встречаются также отдельные поверхностные ороговевающие клетки средней величины. Через несколько дней жизни девочки клетки поверхностного слоя исчезают и до периода полового созревания в мазках преобладают базальные клетки и лейкоциты; встречаются только отдельные промежуточные клетки (I—II тип). Наличие у девочек мазков IV типа заставляет думать о наличии какой-либо патологии. Резко выраженный пролиферативный тип мазка (IV тип) у девочек 4—6 лет наблюдается при фолликуломах яичников и при преждевременном половом созревании. В период полового созревания, при наступлении менструации, мазки девочек ничем не отличаются от мазков нормально менструирующих женщин в репродуктивный период жизни.

Все изменения, происходящие в эпителиальном слое влагалища во время менструального цикла у женщин, можно разделить на 6 фаз.

1. Ранняя фолликулярная фаза (рис. 8). На 5—7-й день после менструации в мазках можно встретить почти в равных соотношениях как поверхностные клетки, так и промежуточные клетки, окрашивающиеся эозинофильными и базофильными красками. Клетки располагаются группами не очень плотно, ядра средней величины. Лейкоцитов немного.

2. Средняя фолликулиновая фаза. На 8—11-й день цикла количество эозинофильно окрашивающихся клеток увеличивается. По величине поверхностные клетки становятся больше, рас-

полагаются отдельно друг от друга, ядра уменьшаются. Лейкоцитов в мазках нет.

3. Фаза овуляции (рис. 9) — 14—15-й день цикла. Один мазок не может быть специфичным для фазы овуляции. Только изучение серии мазков может показать, что овуляция имела место. Во время овуляции в мазках встречаются только плоские

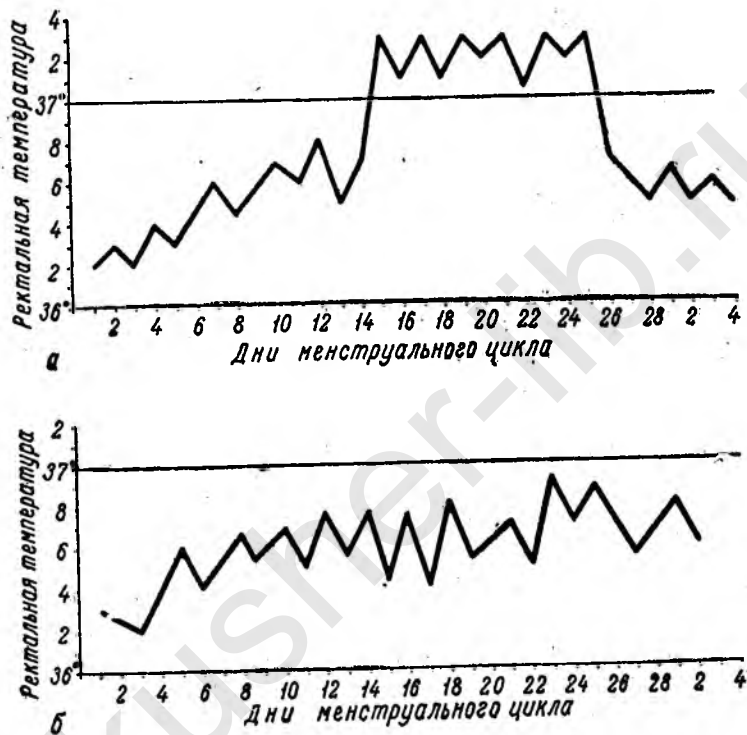


Рис. 14. Ректальная температура.

а — при нормальном менструальном цикле (двухфазная); б — при ановуляторном цикле у больной, страдающей бесплодием (однофазная).

поверхностные эозинофильные отторгающиеся клетки со светлой зернистой цитоплазмой и маленьким пикнотическим ядром. Ясно увеличивается величина клеток, они располагаются раздельно друг от друга, в цитоплазме видны вакуоли. Фон мазка светлый. Много палочек Дёдерлейна.

Подобные изменения происходят под влиянием нарастающего количества эстрогенов. После эстрогенного «пика» под влиянием прогестерона резко изменяется вид мазка, появляется так называемый прогестероновый тип мазка.

4. Ранняя лютеиновая фаза (рис. 10). На 16—18-й день цикла величина клеток вновь начинает уменьшаться. Они располагаются группами или пластами и окрашиваются преимущественно в слабые базофильные тона. Появляются лейкоциты.

5. В позднюю лютеиновую фазу (рис. 11) на 22—27-й день цикла исчезают поверхностные клетки. Мазок состоит только из промежуточных клеток, располагающихся пластами. Перед началом менструации границы клеток стираются, уменьшается их величина. Клетки окрашиваются в более темные базофильные тона. Фон мазка темный. Резко увеличивается количество лейкоцитов.

6. Во время менструации можно встретить все виды клеток влагалищного эпителия, эритроциты и лейкоциты (рис. 12).

Таким образом, при систематическом изучении влагалищных мазков в течение менструального цикла даже без сложных методов окраски, дающих возможность различать эозинофильные и базофильные тона, можно различить стадии цикла и уловить момент овуляции, что очень важно для диагностики нарушений менструального цикла.

Кроме указанных выше циклических изменений влагалищного эпителия, для определения фаз менструального цикла и времени овуляции можно пользоваться следующими тестами:

1. Симптом «зрачка». На 9—10-й день менструального цикла и до окончания фолликулиновой фазы начинает увеличиваться содержание слизи в цервикальном канале. Наружное отверстие цервикального канала расширяется и в нем появляется прозрачная слизистая пробка, напоминающая по виду зрачок.

В лютеиновую фазу канал шейки матки смыкается и слизь исчезает.

2. Симптом «папоротника» (рис. 13). Если в позднюю фолликулиновую фазу (ближе ко времени овуляции) нанести на стекло полоской слизь из цервикального канала и подсушить на воздухе, она кристаллизуется и принимает вид листа папоротника.

Это происходит благодаря взаимодействию поваренной соли с растворами белков, входящих в состав муцина. Симптом папоротника можно наблюдать до 20-го дня цикла, после чего он исчезает.

3. Циклические колебания ректальной температуры (рис. 14). При измерении ректальной температуры у нормально менструирующих женщин (утром, до подъема с постели) в течение всего цикла можно установить ее двухфазный характер: до овуляции ректальная температура ниже  $37^{\circ}$ , после овуляции повышается на  $0,5—0,8^{\circ}$  и держится в течение всей лютеиновой фазы, снижаясь только за 1—2 дня до наступления менструации.

Однофазная температура указывает на ановуляторный цикл, двухфазная — на овуляторный.



## Цитологическая картина влагалищных мазков в период менопаузы

В период, предшествующий наступлению менопаузы, когда у женщин происходят нарушения цикла, прекращаются циклические изменения слизистой влагалища и исчезают изменения, характерные для стадии овуляции.

В период менопаузы можно встретить самый разнообразный тип влагалищного мазка, причем ни возраст, ни длительность менопаузы здесь не дают возможности выявить какие-либо закономерные изменения. Практически при исследовании цитологической картины у женщин в менопаузе важно различать ту или иную степень пролиферации. Поэтому мазки женщин в менопаузе можно разделить на три группы:

а) мазки пролиферативного типа с наличием поверхностных отторгающихся клеток с маленьким пикнотическим ядром (IV и IV—III типы). Этот высокопролиферативный тип мазка вызывается эстрогенной стимуляцией, откуда бы она ни исходила (возможно эстрогенами, продуцируемыми корой надпочечников);

б) мазки смешанного типа, состоящие из поверхностных отторгающихся клеток (III и III—II типы) и главным образом из промежуточных клеток. Могут встречаться отдельные базальные клетки;

в) мазки атрофического типа, состоящие преимущественно из базальных клеток и лейкоцитов (I и I—II типы).

Мазки двух первых категорий встречаются чаще в первые годы менопаузы: по мере старения женщины чаще наблюдается атрофический тип мазка.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЦИТОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОРМОНОТЕРАПИИ

Совершенно очевидно, что назначение гормональной терапии на основании только клинической картины нарушения менструального цикла может привести к ошибкам. Чаще всего это наблюдается при лечении аменореи, которая трактуется как гипопункция яичников и больным назначаются эстрогенные препараты в больших дозах. Однако при гипергормональной форме аменореи (мазки III, III—IV типа) могут не наступать секреторные преобразования эндометрия. Кроме того, большие дозы эстрогенов тормозят фолликулостимулирующую гонадотропную функцию гипофиза и тем самым еще больше нарушают менструальный цикл. Только при мазках I и II типа следует назначать при аменорее эстрогенные препараты или их аналоги до получения полной пролиферации (о чем свидетельствует IV тип мазка), а затем переходить к лечению прогестероном.

При лечении климактерического невроза графетное назначение эстрогенных препаратов тоже может ухудшить картину заболевания и привести к осложнениям в виде маточных кровотечений. Только при наличии атрофического типа мазка можно ожидать улучшения от эстрогенов, в то время как при IV типе мазков лучший эффект можно ожидать при назначении андрогенных препаратов.

При функциональных маточных кровотечениях постоянное нахождение IV типа мазка говорит за наличие пролиферативных процессов и дает основание для назначения прогестерона в целях секреторного преобразования эндометрия. У более пожилых женщин при этом же состоянии показаны андрогены, в больших дозах подавляющие пролиферативные процессы в половой сфере.

Совершенно очевидно, что при назначении гормональных препаратов требуется правильная диагностика заболевания, правильный выбор того или иного гормонального препарата.

Цитологическое исследование позволяет избежать ошибочного назначения гормонов и является надежным тестом при проведении гормонотерапии.

---

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие (проф. <i>М. А. Петров-Маслаков</i> ) . . . . .	3
<i>Глава I.</i> Психопрофилактическая подготовка беременных к родам (канд. мед. наук <i>Н. И. Бескровная</i> ) . . . . .	5
<i>Глава II.</i> Физическая подготовка беременных к родам (канд. мед. наук <i>Л. Н. Старцева</i> ) . . . . .	14
<i>Глава III.</i> Общие принципы профилактики нарушений внутриутробного развития плода (проф. <i>Н. Л. Гармашева</i> ) . . . . .	20
<i>Глава IV.</i> Причины и профилактика мертворождения и ранней детской смертности (проф. <i>С. М. Беккер</i> ) . . . . .	25
<i>Глава V.</i> Причины и профилактика недонашивания беременности (проф. <i>С. М. Беккер</i> ) . . . . .	33
<i>Глава VI.</i> Изоантигенная несовместимость крови матери и плода при беременности (канд. мед. наук <i>О. Ф. Матвеева</i> ) . . . . .	42
<i>Глава VII.</i> Токсикозы беременных (проф. <i>С. М. Беккер</i> ) . . . . .	49
<i>Глава VIII.</i> Бруцеллез, листериоз, токсоплазмоз и беременность (проф. <i>С. М. Беккер</i> ) . . . . .	59
<i>Глава IX.</i> Гипертоническая болезнь и беременность (канд. мед. наук <i>О. Ф. Матвеева</i> ) . . . . .	66
<i>Глава X.</i> Гипотония и беременность (канд. мед. наук <i>В. К. Пророкова</i> ) . . . . .	74
<i>Глава XI.</i> Органические заболевания сердца и беременность (канд. мед. наук <i>К. М. Баженова</i> ) . . . . .	78
<i>Глава XII.</i> Варикозное расширение вен у беременных ( <i>С. О. Нааритс</i> ) . . . . .	86
<i>Глава XIII.</i> Беременность при некоторых эндокринных заболеваниях (действ. чл. АМН СССР проф. <i>В. Г. Баранов</i> и канд. мед. наук <i>А. М. Раскин</i> ) . . . . .	89
<i>Глава XIV.</i> Профилактика стафилококковых заболеваний родильниц и новорожденных (проф. <i>С. Г. Хаскин, А. П. Егорова</i> ) . . . . .	97
<i>Глава XV.</i> Трихомоноз женских половых органов и его лечение (проф. <i>Е. П. Майзель</i> ) . . . . .	102
<i>Глава XVI.</i> Лечение хронических воспалительных гинекологических заболеваний (проф. <i>С. Г. Хаскин</i> ) . . . . .	107
<i>Глава XVII.</i> Бесплодие женщины и его лечение (проф. <i>Е. П. Майзель</i> ) . . . . .	120
<i>Глава XVIII.</i> Дисфункциональные маточные кровотечения и их лечение (проф. <i>С. Г. Хаскин</i> ) . . . . .	126
<i>Глава XIX.</i> Клиника и лечение климактерического невроза у женщин (действ. чл. АМН СССР проф. <i>В. Г. Баранов</i> , канд. мед. наук <i>М. Г. Арсеньева</i> и канд. мед. наук <i>А. М. Раскин</i> ) . . . . .	135
<i>Глава XX.</i> Цитологические исследования влагалищных мазков в различные периоды жизни женщины (канд. мед. наук <i>М. Г. Арсеньева</i> ) . . . . .	144