

**ПОСОБИЕ
ПО
АКУШЕРСТВУ
ДЛЯ
ПРАКТИЧЕСКИХ
ВРАЧЕЙ**

1968



ПОСОБИЕ
ПО АКУШЕРСТВУ
для
ПРАКТИЧЕСКИХ
ВРАЧЕЙ

Под редакцией
заслуженного деятеля науки БССР,
профессора И. М. Старовойтова

ИЗДАТЕЛЬСТВО «БЕЛАРУСЬ» МИНСК 1968

ПРЕДИСЛОВИЕ

В повседневной практике акушеры-гинекологи часто встречаются с трудными вопросами акушерской патологии, правильное и быстрое решение которых обеспечивает благоприятный исход родов, даже при тяжелых их осложнениях. Такие осложнения наиболее часто встречаются при неправильных положениях и предлежаниях плода, при несоответствии размеров таза матери величине плода, при тазовых предлежаниях и др.

Большие затруднения встречаются при кровотечениях во время родов как до отделения детского места, так и после выхождения его из матки. Особенно тяжелые осложнения представляют разрывы матки во время родов. При этом только срочная помощь оказывается эффективной и может спасти от кровотечения.

Немало встречается затруднений при осложненных выкидышах, внематочной беременности, пузырном заносе и других видах патологии. Ведение беременности и родов при токсикозах беременности и резус-конфликте крови матери и плода представляет одну из трудных задач врачей женских консультаций и родильных домов.

Перенашивание беременности часто сопровождается осложнением для матери и плода, при этом увеличивается перинатальная смертность.

Перед акушерами стоят сложные задачи выбора времени и средства для возбуждения родов и ведения их.

Асфиксия плода и новорожденного в последнее время выделяется в самостоятельную главу акушерской патологии. Изыскание рациональных способов профилактики внутриутробной асфиксии плода и реанимации новорожденного ребенка — одна из важнейших задач современного акушерства. Поэтому понятно, как важно в подобных случаях быстро отыскать в руководстве по акушерству необходимые советы по диагностике и оказанию помощи во время родов.

В книге описаны наиболее часто встречающиеся осложнения беременности и родов, при которых приходится оказывать неотложную помощь.

Если настоящее пособие в какой-то мере окажется полезным в практической работе врача, авторы получают полное удовлетворение.

В составлении настоящего практического пособия приняли участие: действительный член АМН СССР, проф. А. П. Николаев; член-корреспондент АМН СССР, проф. Н. С. Бакшеев; засл. деятели науки — проф. И. И. Яковлев, А. А. Лебедев и И. М. Старовойтов; проф. Л. В. Тимошенко. Ряд разделов написан доцентами и ассистентами акушерско-гинекологических клиник Белорусского института усовершенствования врачей и Минского медицинского института.

akusher-lib.ru

Психопрофилактика, методика которой разработана в Советском Союзе на основе физиологического учения И. П. Павлова, оказала положительное влияние на беременных и рожениц, на качественные показатели родовспоможения. Ее эффективность повышается при сочетании с физическими факторами. Поэтому в настоящее время следует говорить о физиопсихопрофилактике, методический прием для разработки которой был рекомендован С. А. Ягуновым и Л. П. Старцевой (1956—1959).

Нижеописываемый метод физиопсихопрофилактики разработан нами в 1959 г.; в методическом и организационном отношении он имеет свои особенности, т. е. комплекс мероприятий. В него включены: воздействие на психику беременной, лечебная физкультура, общее облучение ультрафиолетовыми лучами и санитарно-гигиеническое воспитание. Этот комплекс входит в систему лечебно-профилактической работы женской консультации и родильного дома.

Физиопсихопрофилактическую подготовку к родам проводят на протяжении всей беременности, в процессе родов и в послеродовом периоде.

Все эти этапы рассматриваются в аспекте взаимоотношений организмов матери и плода.

Материнский организм для плода является внешней средой, обеспечивающей его развитие в перинатальном периоде жизни. Плод, в свою очередь, влияет на внутреннюю среду материнского организма, изменяя и приспособляя ее к удовлетворению потребностей, обеспечивающих его развитие.

Обеспечение необходимых условий для развития плода осуществляется главным образом организмом матери, обладающим более совершенным механизмом адаптации, чем сам плод.

В материнском организме во время беременности вырабатываются компенсаторно-приспособительные реакции и новый ритм рефлекторно-гормональной регуляции жизненных функций. Для беременности характерны процессы гиперплазии, гипертрофии и гиперфункции, которые наиболее выражены в обмене веществ и кроветворении.

Весьма важное значение имеют компенсаторные реакции со стороны центральной нервной системы, обеспечивающие повышенный уровень вегетативных функций и защиту организма в условиях напряжения, обусловленного беременностью. В связи с этим у беременной развивается охранительное торможение коры и повышается активность подкорковых образований головного мозга. Оптимальные условия для развития плода обеспечивает также внешняя среда, которая должна быть приспособлена к повышенным запросам беременной. Кроме этих процессов в организме матери и плода вырабатываются рефлекторные реакции, протекающие быстро и обеспечивающие постоянное приспособление условий жизни плода к его потребностям (Н. Л. Гармашова, 1959).

Эти реакции возникают в связи с изменением состояния плода, отражающимся на характере его движений, сердцебиении и др. Последние воспринимаются рецепторами сосудистой системы матки и эндометрия и отражаются на кровообращении в маточных сосудах. Сигналы с этих афферентных зон поступают в соответствующие нервные центры материнского организма и вызывают ответные реакции, которые по афферентной системе рефлекторным путем изменяют кровяное давление и скорость кровотока в плодовых сосудах плаценты. Это воспринимается ангиорецепторами, расположенными у места впадения в нижнюю полую вену аранциева протока. Таким путем рефлекторно выравнивается нарушенное состояние плода.

Особое значение имеют нарушения эмбрионального развития в критические периоды — предимплантационный, т. е. первые 7—10 дней, органогенеза и формирования плаценты, т. е. 3—6 недель внутриутробной жизни (П. Г. Светлов, 1956).

Клинические наблюдения и результаты экспериментов показывают возможность воздействия на плод через организм матери с целью профилактики и лечения нарушений развития и заболеваний плода (В. И. Бодяжина, 1963). Одним из таких воздействий и является физиопсихопрофилактика.

Входящие в комплекс физиопсихопрофилактики физические упражнения, как рефлекторные реакции, имеют непосредственное отношение к деятельности мозга. И. С. Сеченов говорил, что работа мышц есть работа мозга. Этим определяется взаимозависимость мышечной работы и нервной системы, на основе чего физические упражнения вырабатывают у беременной компенсаторно-приспособительные реакции.

Ответная реакция на физическое упражнение выражается в ускорении ритма сердцебиения у плода и повышении активности его движений, что является довольно универсальной формой реагирования плода на различные раздражители. Таким путем повышается артериальное давление и увеличивается скорость кровотока у плода, в результате увеличивается количество крови, протекающее через плаценту, и повышается обмен веществ между матерью и плодом.

Повышение двигательной активности плода стимулирует не только его кровообращение, но и процессы развития центральной нервной системы. Движения плода, а также ритмические сокращения сердца, толчкообразно сотрясающие плод, воспринимаются рецепторами вестибулярного аппарата. Раздражение же этих рецепторов способствует созреванию структур нервной системы внутриутробного плода (Б. Н. Клосовский и Е. Н. Космарская, 1956).

У плодов женщин с сосудистой дистонией типа гипер- (I группа) и гипотонии (II группа) отмечается большая частота сердцебиения и более высокая двигательная активность по сравнению с плодами здоровых женщин. Контроль за состоянием плода (фонокардиография и электрокардиография) во время физических упражнений матери и при задержке дыхания (на вдохе) показал, что изменение сердечной деятельности двигательной активности плода у беременных с сосудистыми дистониями имеет ряд особенностей.

Реакция плода на физические упражнения матери и на задержку дыхания особенно резко выражена на 36-й неделе. К концу беременности она уменьшается, но значительно превосходит величину реакции плодов здоровых женщин. Реакция плода беременной с гипотонией на физические упражнения матери меньше, а на задержку дыхания больше, чем у плода здоровой женщины.

Поэтому реакции плода, наблюдающиеся в процессе физиопсихопрофилактической подготовки матери, можно охарактеризовать как приспособительные.

Физиопсихопрофилактическая подготовка к родам является тренировкой приспособительных реакций не только матери, но и плода, и этим можно оказать благоприятное влияние на его внутриутробное развитие.

Ультрафиолетовое облучение беременных. Известно бактерицидное и фотохимическое биологическое действие ультрафиолетового излучения, послужившее основой для стерилизации и дезинфекции, а также образования витамина D из провитамина.

Не меньшее значение имеет биологическая реакция, вызываемая ультрафиолетовыми лучами. Эта эритемная реакция кожи, при которой наблюдается влияние лучей на эпителий кожи. Образующееся при этом активное вещество приводит в движение целый ряд биологических механизмов нервным и гуморальным путем.

Профилактическое ультрафиолетовое облучение особенно важно при условии недостаточного количества или полного отсутствия естественного его излучения (в зависимости от климатикогеографических особенностей или сезонных колебаний).

Изучено влияние внешних факторов на возникновение и течение эклампсии. Установлено, что эклампсия зимой встречается в 2 раза чаще и протекает значительно тяжелее, чем летом: в южных районах страны она протекает благоприятнее, чем в северных, и наблюдается чаще в периоды резких колебаний атмосферного давления и температуры воздуха.

Ультрафиолетовое облучение повышает функциональное состояние нервной системы и эндокринных желез, повышает иммунологическую активность и нормализует обменно-витаминные процессы в организме.

Применение такого облучения в начале беременности предупреждает возникновение токсикозов в ранние сроки, а при последующих облучениях — токсикозов поздних сроков беременности (А. А. Лебедев, 1957). Ультрафиолетовое облучение применяется и для лечения нефропатии беременных с целью профилактики эклампсии (Б. А. Тибилова, 1935; Ш. Я. Микеладзе, 1936).

Наиболее эффективно облучение оптимальными дозами. Низкие дозы малоэффективны, а избыточные вызывают переоблучение (А. М. Мелюков, 1963).

Социально-гигиеническое воспитание, входящее в комплекс физиопсихопрофилактики, вырабатывает у беременной сознательное использование положительных факторов внешней среды и тем самым способствует повышению уровня компенсаторно-приспособительных реакций в организме. Сюда относятся вопросы, касающиеся нормального режима жизни, труда и отдыха, рационального питания, личной гигиены, рациональных движений, природных факторов, благотворно действующих на организм.

Устранение отрицательных эмоций и воспитание положительных условнорефлекторных связей, что является основой психопрофилактики, снимает у беременной страх перед родами, привлекает ее к активному участию в родовом акте, избавляет от родовой боли.

Каждый из компонентов, входящих в комплекс физиопсихопрофилактики, имеет самостоятельное значение и может применяться в отдельности. Однако комплексное применение этих компонентов повышает активность физиопсихопрофилактики.

Комплексы физиопсихопрофилактики для беременных, рожениц и родильниц различны.

I комплекс способствует выработке компенсаторно-приспособительных реакций в начале беременности. В это время в организме беременной нет еще устойчивого равновесия, завершаются первый и второй критические периоды эмбриогенеза.

II комплекс закрепляет выработанные компенсаторно-приспособительные реакции в форме стереотипа. Он применяется в середине беременности. В это время в организме у беременной равновесие является устойчивым.

III комплекс способствует выработке нового стереотипа компенсаторно-приспособительных реакций, характерных для последнего срока беременности. В это время развиваются реакции, подготавливающие беременную к родам, ранее выработанный стереотип компенсаторно-приспособительных реакций разрушается и в организме у беременной равновесие нарушается.

IV комплекс закрепляет вновь выработанный стереотип компенсаторно-приспособительных реакций, способствующих развитию ро-

догового акта. Равновесие в организме у беременной в это время неустойчиво и быстро изменяется в процессе родов.

У комплекс способствует выработке нового стереотипа компенсаторно-приспособительных реакций, обеспечивающих постнатальное развитие ребенка. В это время предшествующий стереотип разрушается и в организме у роженицы равновесие бывает неустойчивым.

Организация физиопсихопрофилактики во время беременности.

Вся организационная работа по комплексной подготовке беременных к родам, в женской консультации строится исходя из трех физиологических периодов беременности, каждому из которых соответствуют характерные функциональные особенности организма, т. е. I период — от начала беременности до 10 недель, II период — от 17 до 31 недели беременности и III период — от 32 до 40 недель беременности.

Женщина на протяжении всего срока беременности приходит к участковому врачу 9 раз, и каждое ее посещение используется для специального занятия, имеющего целевой характер.

I период беременности. Первое посещение в порядке индивидуального знакомства врача с беременной — взятие на учет, полное медицинское обследование, установление контакта с беременной — используется и как 1-е занятие по психопрофилактике боли во время родов. На этом занятии назначают I комплекс физиопсихопрофилактики для беременных — лечебную гимнастику и ультрафиолетовое облучение.

На первом занятии выявляют общесоматический и акушерский статус беременной, особенности ее высшей нервной деятельности, намечают пути предупреждения осложнений, которые могут возникнуть во время беременности и родов, знакомят беременную с планом и задачами комплексной подготовки к родам.

II период беременности. В школе материнства рассказывают на занятиях: на 2-м — о гигиене беременности, назначают II комплекс лечебной гимнастики и ультрафиолетовых облучений; на 3-м — о рациональном питании в I и II половинах беременности; на 4-м — о правах и льготах для беременных женщин; о материнстве и его почетной роли в СССР.

III период беременности. По психопрофилактике на 5-м занятии знакомят женщину с анатомией женских половых органов, физиологией беременности; назначают III комплекс лечебной гимнастики и ультрафиолетовых облучений. На 6-м занятии ознакамливают с I периодом родов; обучают приемам обезболивания в этом периоде; на 7-м занятии рассказывают о поведении рожениц во II и III периодах родов; на 8-м занятии закрепляют у беременной приемы обезболивания; на 9-м занятии знакомят с основными сведениями по уходу за новорожденным.

Кроме перечисленных 9 посещений, используемых для специальных занятий, беременная приходит к участковому врачу еще

2 раза, если она нуждается в медицинском обследовании и лечении.

Методика лечебной физкультуры (ЛФК) для беременных. Лечебная физкультура для беременных включает три основных комплекса упражнений, соответственно трем физиологическим периодам беременности, в сочетании с занятиями на шведской стенке, на гимнастической скамейке, с гимнастическими палками, игровыми занятиями с мячами и медицинболами. Помимо этого беременных обучают четырем приемам, которые входят в комплекс психопрофилактической подготовки к родам.

Участковый гинеколог должен отбирать и направлять на занятия лечебной гимнастикой всех женщин с нормально протекающей беременностью. Физические упражнения лучше всего проводить в порядке групповых занятий, по 4—5 человек, а при наличии большого помещения — по 8—10 человек. Можно практиковать и индивидуальный метод занятий.

Беременная женщина, посещающая занятия по лечебной физкультуре в женской консультации, может их ежедневно выполнять самостоятельно дома, согласно указаниям методиста.

Занимающиеся лечебной гимнастикой дома должны посещать кабинет ЛФК сначала не реже 1 раза в 5 дней, а в дальнейшем 1 раз в 10 дней, для осуществления врачебного контроля и проверки правильности физических упражнений.

Темп выполнения упражнения должен быть медленным и плавным: беременным следует избегать резких движений.

Лечебную гимнастику удобнее всего проводить утром (одетой в трусы, лифчик и тапочки), желательно под музыку. Помещение, в котором проводят занятия, должно быть обеспечено хорошей вентиляцией. В холодное время года гимнастику рекомендуется проводить при открытой форточке, а в теплое время — при открытом окне.

Упражнения выполняют в положении стоя, сидя и лежа. В комплексах использованы следующие типы упражнений: стоя — ходьба, дыхательные упражнения, наклоны (назад, вперед, в стороны), повороты, вращение корпусом, отведение ног; сидя — разведение и сведение ног, повороты, наклоны вперед к ногам, сгибание и разгибание ног; лежа — сгибание и разгибание ног, поднимание таза, отведение и приподнимание ног, дыхательные упражнения.

I комплекс включает 12 упражнений, II — 17 и III — 10 упражнений.

Лечебную физкультуру беременных при острых лихорадочных заболеваниях (ангина, грипп), заболеваниях сердечно-сосудистой системы с расстройством кровообращения, туберкулезе в стадии декомпенсации, гнойном заболевании, токсикозах беременности, маточном кровотечении можно проводить лишь по схеме без особой физической нагрузки, преимущественно применяя дыхательную гимнастику и др.

Методика общего ультрафиолетового облучения беременных.
Эффективность ультрафиолетовых облучений зависит от систематического применения и от правильной дозировки.

Существуют значительные колебания чувствительности кожи к ультрафиолетовым лучам. Степень чувствительности различных участков кожи к ультрафиолетовым лучам у одного и того же индивидуума различна.

Для определения дозировки ультрафиолетовых лучей применяют метод И. Ф. Горбачева, основанный на свойстве ультрафиолетовых лучей вызывать эритему.

Минимальная доза (биодоза), способная вызвать фотоэритему, определяется продолжительностью времени (в минутах), необходимого для появления минимальной эритемы от облучения ультрафиолетовыми лучами. Биодозу определяют биодозиметром на участке кожи, наиболее чувствительном к ультрафиолетовым лучам — на животе, кнаружи от средней линии, или на внутренней поверхности предплечья.

Кожная эритемная реакция появляется спустя 6—8 часов после облучения. В практической работе можно пользоваться определением средней биодозы, полученной в результате облучения 20—25 беременных.

Для общего ультрафиолетового облучения можно пользоваться специальной лампой с особым штативом, в верхней части которого на расстоянии 120 см от пола в вертикальном положении установлена ртутно-кварцевая горелка ПРК-7. Лампа не имеет рефлектора и дает равномерное излучение в радиусе 2,5—3 м. Для определения биодозы беременных предварительно облучают на расстоянии 1 м от лампы, затем на расстоянии 3 м. Вначале облучают переднюю, затем заднюю поверхность тела.

Помещение, в котором проводится общее ультрафиолетовое облучение, должно быть не менее 40—50 м². В нем кроме установки ртутно-кварцевой лампы маячного типа с горелкой ПРК-7 необходимо смонтировать на потолке 4—8 ламп типа Соллюкс в рефлекторах. При меньшей площади помещения (25 м²) можно пользоваться ртутно-кварцевой лампой, имеющей горелку ПРК-2, смонтированную в вертикальном положении на штативе без рефлектора.

Облучение беременных можно начинать через 10—15 минут после разгорания горелки. В целях избежания конъюнктивита беременная защищает глаза очками с дымчатыми или темными стеклами. Общее ультрафиолетовое облучение беременных обычно начинают с 0,25,—0,33 или с 0,5 биодозы, постепенно доводя облучение до 2,5—3 биодоз. Облучение можно проводить ежедневно или через день; если облучение проводят в дни занятия ЛФК, то его следует проводить после гимнастических упражнений.

По этой схеме облучение начинают с 0,25 биодозы и доводят до 2,5 биодозы на каждую поверхность тела в I и во II периодах беременности. За это время беременная получает 20 сеансов ультрафио-

летнего облучения. После перерыва в 1—1,5 месяца, в III периоде беременности, повторяют курс облучения по той же схеме, беременная получает еще 20 сеансов облучения. Таким образом, беременная на протяжении всего срока беременности получает 40 сеансов ультрафиолетового облучения.

Общее ультрафиолетовое облучение противопоказано при наличии у беременной активного туберкулеза, декомпенсированных пороков сердца, гипертиреоза, малярии и острых инфекций.

Во время родов при поступлении роженицы в приемную проводят общее ультрафиолетовое облучение по ранее указанной методике. Прошедшим полный курс облучения до родов назначают 1 биодозу, прошедшим неполный курс — 0,5 биодозы, не облучавшимся до родов — 0,25 биодозы.

В предродовой, если роженица задерживается, облучение повторяют, начиная со 2-го дня, в той же дозировке.

Прошедшим курс психопрофилактики до родов, в предродовой палате и в родовом зале закрепляются в сознании элементы профилактики и приемы, организующие поведение роженицы. С непрошедшими курс занятий до родов проводят психопрофилактику по программе в сокращенном виде.

Лечебную физкультуру в родах следует начинать с момента поступления роженицы в предродовую палату, после выяснения общего состояния роженицы и уточнения акушерского статуса (характер родовой деятельности, положение плода, предлежащая часть плода и степень опускания головки в малый таз, состояние родовых путей, целостность плодного пузыря).

Занятия следует начинать еще при нерегулярной родовой деятельности (сглаживание шейки, открытие ее на 1—1,5 пальца), но при целом плодном пузыре.

В течение периода раскрытия используются три комплекса гимнастики:

I в положении стоя — при нерегулярной родовой деятельности (начало первого периода);

II в положении сидя — при регулярной родовой деятельности (начало и середина первого периода);

III в положении лежа — при регулярной родовой деятельности (середина первого периода).

Противопоказаниями к занятиям лечебной гимнастикой в первом периоде родов являются: 1) преэклампсия; 2) эклампсия; 3) пороки сердца с нарушением кровообращения II и III степени; 4) тяжелые заболевания (диабет, туберкулез и др.); 5) предлежание плаценты; 6) неправильные положения и предлежания плода; 7) предлежание и выпадение мелких частей плода; 8) преждевременное отхождение околоплодных вод; 9) многоводие.

Следует учесть, что противопоказания не ограничиваются перечисленными выше состояниями. Они могут возникнуть и в других случаях, причем применение гимнастики в родах требует постоян-

ного наблюдения врача за роженицей и точного знания акушерской ситуации.

В потужном периоде выполняется IV комплекс гимнастики, состоящий из упражнений так называемого активного отдыха. Продолжительность занятий физкультурой в том или ином периоде может варьировать от 10 до 20 минут. Занятия можно повторять, но не раньше чем через 1—1,5 часа, в зависимости от состояния роженицы и акушерской ситуации.

Необходимо подходить к каждой роженице индивидуально, занимаясь с ней одной, но возможно проведение занятий с группой в 2—3 человека.

Выполнение упражнений в положении лежа чередуется с отвлекающими приемами: 1) глубокое дыхание в сочетании с раздражением кожных рецепторов передней брюшной стенки и поясницы; 2) глубокое дыхание с нажатием на определенные точки костных стенок таза.

Во время потужного периода выполнение упражнений активного отдыха проводится под контролем врача, ведущего роды, который должен подкреплять их элементами психопрофилактики, активизирующими деятельность коры головного мозга.

В послеродовом периоде ультрафиолетовое облучение родильницам проводят на 2, 4 и 6-й день, причем ранее прошедшим полный курс облучения назначают соответственно 0,5 и 1 биодозу. Не прошедшим ранее облучение — 0,25, 0,5 и 1 биодозу.

Лечебную гимнастику начинают со 2-го дня по трем комплексам (2 и 3-й день, 4 и 5-й день, 6-й день и позже), проводят ее в палатах под наблюдением палатного врача.

Для завершения санитарно-гигиенического воспитания проводят беседы на темы:

- 1-й день — «Гигиена женщины в послеродовом периоде»;
- 2-й » — «Уход за молочными железами и прикладывание ребенка к груди»;
- 3-й » — «Уход за новорожденным»;
- 4-й » — «Раннее вскармливание новорожденного»;
- 5-й » — «О предрассудках и вреде совершения религиозных обрядов над детьми»;
- 6-й » — «О вреде аборта и способах предупреждения беременности».

**Схема общего облучения беременных
ртутно-кварцевой лампой с горелкой ПРК-7
на расстоянии 3 м при средней биодозе в 4 мин.**

Порядковый номер процедуры	Средняя биодоза	Продолжительность облучения передней и задней поверхности тела в минутах
1	0,25	1
2	0,25	1
3	0,25	2
4	0,25	2
5	0,75	3
6	0,75	3
7	1	4
8	1	4
9	1,25	5
10	1,25	5
11	1,5	6
12	1,5	6
13	1,75	7
14	1,75	7
15	2	8
16	2	8
17	2,25	9
18	2,25	9
19	2,5	10
20	2,5	10

Эффективность физиопсихопрофилактики. Оздоровление материнского организма, достигаемое с помощью физиопсихопрофилактики, благоприятно отражается на показателях развития плода и новорожденного.

Реже бывают преждевременные роды, разрывы шейки матки и промежности, послеродовые маститы, уменьшается мертворождаемость и ранняя детская смертность, реже случаются осложнения, требующие применения хирургических вмешательств.

Эффективность физиопсихопрофилактики тем большая, чем раньше ее начинают проводить. Ее следует начинать с начала беременности, совпадающей с критическими периодами эмбриогенеза. При воздействии вредных факторов на эмбрион в это время может наступить его гибель или у эмбриона возникают уродства и пороки развития. Физиопсихопрофилактика предупреждает влияние вредных факторов на эмбрион.

Комплекс гимнастических упражнений для беременных женщин

Раздел занятий	Исходное положение	Упражнение	Дозировка		Методические указания
			число упражнений и их длительность	темп упражнений	
1	2	3	4	5	6
Вводный	При сроках беременности до 16 недель				
	Стоя, ноги на ширине плеч, руки вдоль туловища	1. Ходьба, сопровождаемая активными движениями рук, ходьба в полуприседе 2. Поднять руки через стороны вверх (вдох), вернуться в исходное положение (выдох) 3. Прогнуться, отведя руки назад (вдох), вернуться в исходное положение (выдох)	1 минута 3—4 раза 3—4 »	Медленный » »	Дыхание произвольное Спокойное дыхание »
Основной	Стоя, ноги на ширине плеч, руки вдоль туловища	1. Дыхание произвольное	4—5 раз	Средний	Поочередно в каждую сторону
	Стоя, ноги на ширине плеч, руки на поясе	2. Кружение корпусом, таз неподвижен, дыхание произвольное	3—4 раза	»	Ритмично, спокойно
	Стоя, ноги на ширине плеч, руки вдоль туловища	3. Повороты корпуса с разведением рук в стороны (вдох) с последующим наклонным корпусом к носку ноги (выдох), выпрямиться, руки в стороны (вдох), вернуться в исходное положение (выдох)	3—4 »	»	Поочередно в каждую сторону

1	2	3	4	5	6
Основной	<p>Стоя боком у стула, держась одной рукой за его спинку, ноги вместе</p> <p>Сидя на ковре, руки в упоре сзади, ноги вместе</p> <p>Сидя, руки вдоль туловища, ноги на ширине плеч</p> <p>Лежа на спине, руки под головой, ноги вместе</p> <p>Лежа на животе, руки в упоре на ладонях, ноги вместе</p> <p>То же</p>	<p>4. Отводить выпрямленную ногу вперед, в сторону, назад, вернуться в исходное положение</p> <p>5. Разводить ноги в стороны (вдох), вернуться в исходное положение (выдох)</p> <p>6. Отводить руки в стороны с поворотом корпуса (вдох) с последующим наклоном корпуса к ноге (выдох); выпрямиться, руки в стороны (вдох); вернуться в исходное положение (выдох)</p> <p>7. Одновременное сгибание ног в коленных и тазобедренных суставах с последующим притягиванием к животу (выдох); вернуться в исходное положение (вдох)</p> <p>8. Прогибание туловища в пояснице с приподниманием головы, плеч (вдох); возвращение в исходное положение (выдох)</p> <p>9. Сгибать ногу в колене с отведением ее в сторону; вернуться в исходное положение. Дыхание произвольное</p>	<p>3—4 раза</p> <p>3—4 »</p> <p>3—4 »</p> <p>3—4 »</p> <p>3—4 »</p> <p>3—4 »</p>	<p>Средний</p> <p>»</p> <p>»</p> <p>»</p> <p>»</p> <p>»</p>	<p>Дыхание произвольное. Рука следует за движениями ноги</p> <p>Без отрыва ног. Дыхание спокойное</p> <p>Поочередно в каждую сторону</p> <p>Ритмично</p> <p>Свободно, без напряжения</p> <p>Поочередно в каждую сторону</p>

1	2	3	4	5	6
ЗаклЮчитель- ный	Стоя, руки на талии, ноги вместе	1. Спокойная, обычная ходьба 2. Спокойное дыхание	3—4 раза 2—3 минуты	Медленный	Дыхание рит- мичное, сред- ней глубины
Вводный	Стоя, ноги на ширине плеч, руки вдоль туловища	При сроках беременности от 17 до 31 недели 1. Ходьба на носках с раз- личными движениями рук 2. Развести прямые руки в стороны (вдох), опустить руки (выдох)	В течение 2—3 минут 3—4 раза	Медленный »	Дыхание рит- мичное Прямое поло- жение
Основной	Стоя, ноги на ширине ступни, руки на поясе	1. Наклоны корпуса вправо и влево; одновременно рука поднимается над головой (вдох); вернуться в исходное положение (выдох) 2. Кружение корпусом вправо и влево, дыхание про- извольное 3. Свободное качание с расслабленными руками 4. Согнуть ногу в колене, поднять ее под прямым углом, отвести колено в сторону с помощью руки; вернуться в исходное положение. Дыхание произвольное	3—4 »	Средний »	Рука прямая Сложное дви- жение Дыхание про- извольное Поочередно каждой ногой
	Стоя, ноги на ширине плеч, руки сцеплены в замок над головой Стоя, ноги на ширине плеч, руки опущены вниз Стоя, повернувшись левым боком к спинке стула, опираясь на нее левой рукой		3—4 » 4—5 раз 3—5 »	» » » »	

1	2	3	4	5	6
Основной	<p>Стоя, повернувшись левым боком к спинке стула, опираясь на нее левой рукой</p> <p>Стоя, ноги на ширине плеч, руки вдоль туловища</p> <p>Стоя на коленях, руки в упоре впереди</p> <p>Стоя на коленях, руки вдоль туловища, ноги вместе</p> <p>Лежа на боку, руки под голубой, ноги вместе</p> <p>Сидя, ноги прямые, вместе, руки лежат на коленях</p>	<p>5. Согнуть ногу в колене, принять положение глубокого выпада, сделать несколько пружинящих движений; вернуться в исходное положение. Дыхание произвольное</p> <p>6. Поднять руки вверх (вдох), наклониться вперед, коснуться пальцами пола (выдох)</p> <p>7. Попеременно поднимать прямую ногу вверх-назад, одновременно вытягивать противоположную руку вперед-вверх (вдох); вернуться в исходное положение (выдох)</p> <p>8. Сесть на пол справа от ног, опираясь на одну руку (выдох); вернуться в исходное положение (вдох)</p> <p>9. Попеременное отведение ног вверх-назад. Дыхание произвольное</p> <p>10. Сгибая ноги в коленях, подтягивать стопы к ягодицам при помощи рук. Колени широко развести, стопы вместе (выдох); вернуться в исходное положение (вдох)</p>	<p>3—4 раза</p> <p>3—4 »</p> <p>2—3 »</p> <p>2—3 »</p> <p>3—4 »</p> <p>3—4 »</p>	<p>Средний</p> <p>»</p> <p>»</p> <p>»</p> <p>Средний</p> <p>»</p>	<p>Другая нога отводится до отказа. Поочередно каждой ногой</p> <p>Ноги в коленях не сгибать</p> <p>С прямым корпусом</p> <p>Поочередно в каждую сторону</p> <p>Поочередно в каждую сторону</p> <p>Ритмично</p>

1	2	3	4	5	6
Основной	<p>Лежа на спине, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах</p> <p>Лежа на спине, ноги поднимать под прямым углом к туловищу, руки вдоль туловища</p> <p>Лежа на спине, ноги согнуты в коленных суставах, руки под головой</p> <p>Лежа на спине, ноги вытянуты, руки под головой</p> <p>Стоя, руки на талии</p> <p>То же</p>	<p>11. Имитация движений велосипедиста. Дыхание произвольное</p> <p>12. Разведение ног в стороны, скрепящие их</p> <p>13. Поднятая таз вверх, развести колени; опустить таз, колени соединить</p> <p>14. Попеременно поднимать прямую ногу вверх. Дыхание произвольное</p> <p>1. Медленная спокойная ходьба</p> <p>2. Спокойное и глубокое дыхание</p>	<p>4—6 раз</p> <p>5—6 »</p> <p>4—5 »</p> <p>3—4 минуты</p> <p>3—4 »</p> <p>3—5 раз</p>	<p>Средний</p> <p>»</p> <p>»</p> <p>»</p> <p>»</p> <p>Медленный</p>	<p>Поочередно каждой ногой</p> <p>Дыхание произвольное</p> <p>»</p> <p>Ногу в колене не сгибать</p> <p>Выдох ртом</p>
Вводный	<p>Стоя</p> <p>Стоя, руки сцеплены в замок впереди, ноги на ширине плеч</p>	<p>1. Ходьба обычным шагом, на носках, наружной стороной ступни, приставным шагом</p> <p>2. Поднимать руки вверх (вдох), вернуться в исходное положение (выдох)</p>	<p>1—2 минуты на каждый вид ходьбы</p> <p>3—4 раза</p>	<p>Средний</p> <p>Медленный</p>	<p>Дыхание произвольное</p>

При сроках беременности от 32 до 40 недель

1	2	3	4	5	6
Основной	<p>Стоя боком к спинке стула, опираясь на нее рукой, ноги на ширине плеч</p> <p>Стоя на коленях, руки на поясе, ноги вместе</p> <p>Стоя на коленях, руки в упоре впереди, ноги вместе</p> <p>Сидя, ноги на ширине плеч, руки вдоль туловища</p> <p>Лежа на спине, руки под головой, ноги вместе</p> <p>Лежа на спине, ноги согнуты, руки под головой</p> <p>Лежа на спине, руки под головой, нога согнута, другая прямая</p> <p>Стоя, руки на талии</p>	<p>1. Наклоны корпуса вперед, в сторону, назад. Дыхание произвольное</p> <p>2. Отставить ногу в сторону на носок (вдох), вернуться в исходное положение (выдох)</p> <p>3. Поднять ноги назад (вдох), вернуться в исходное положение (выдох)</p> <p>4. Поворачивать корпус в стороны с отведением рук (вдох), вернуться в исходное положение (выдох)</p> <p>5. Согнуть ногу в коленном и тазобедренном суставах, привести колено к животу, выпрямить ногу вверх (выдох), медленно опустить (вдох)</p> <p>6. Поднимание и опускание таза. Дыхание произвольное</p> <p>7. Поперемное сгибание одной и разгибание другой ноги</p> <p>1 Медленная спокойная ходьба 2. Спокойное дыхание</p>	2—3 раза 3—4 » 2—3 » 2—3 » 3—4 » 4—5 раз 4—5 » 1—2 минуты	Средний » » » Медленный Средний » Медленный	Упражнение выполняются попеременно, меняя положение Почередно каждой ногой » Почередно в каждую сторону Почередно каждой ногой Ритмично Дыхание произвольное »
Заклочительный					

Комплекс лечебной гимнастики для роженец в I и II периодах родов

Исходное положение	Упражнения	Дозировка		Методические указания
		число повторений	темп упражнений	
I	2	3	4	5
<i>I период родов</i>				
Упражнения в положении стоя				
Пятки вместе, носки врозь, руки вдоль туловища	1. Ходьба на месте по комнате 1—2—3—4	30—40 сек.	Средний	Вдох через нос, выдох через рот
То же	2. Дыхательное упражнение. На счет 1—2 поднять руки через стороны вверх (глубокий вдох), на 3—4 опустить руки вниз (продолжительный выдох)	3—4 раза	Медленный	
Ноги на ширине плеч, руки на поясе	3. На счет 1 наклониться в сторону, на счет 2 выпрямиться	2—3 »	Средний	Поочередно в каждую сторону
Ноги на ширине плеч, руки вдоль туловища	4. На счет 1 руки в стороны (вдох), на счет 2 наклон вперед, руки вниз (выдох), на счет 3 выпрямиться, на счет 4 пауза	2—3 »	Медленный	
Ноги на ширине плеч, носки немного во внутрь, руки на поясе	5. На счет 1 поворот головы и туловища в сторону, на счет 2 вернуться в исходное положение	2—3 »	Средний	Поочередно в каждую сторону
Пятки вместе, носки врозь, одной рукой опереться на кровать	6. На счет 1—2 присесть на пятки, колени развести в стороны, на счет 3—4 встать	2—3 »	»	По указанию врача можно опереться на спинку кровати

1	2	3	4	5
Пятки вместе, носки врозь, руки вдоль туловища	7. Дыхательное упражнение. На счет 1—2 поднять руки вверх (вдох), на счет 3—4 — опустить (продолжительный выдох)	3—4 раза	Медленный	Поднимая руки вверх, смотреть на руки
Упражнения в положении сидя				
Сидя на краю кровати, свесить ноги, руки вдоль туловища	1. На счет 1—2 поднять руки вверх через стороны (вдох), прогнуть поясницу, на счет 3—4 руки вниз (выдох), расслабить поясницу	Повторить	»	Во время вдоха смотреть на руки вверх
То же	2. На счет 1, сгибая в колене левую ногу, выпрямить правую, на счет 2 согнуть правую, выпрямить левую	3—4 раза	Средний	Повторять каждой ногой
Сидя на краю кровати или на стуле, ступни на полу, руки на согнутых коленях	3. На счет 1 развести колени в стороны, помогая руками, на счет 2 свести колени	2—3 »	Медленный	
Сидя на краю кровати или на стуле, руки на коленях, ноги свесить	4. На счет 1—2 наклон вперед, руки сгибаются в локтях, на счет 3—4 — выпрямиться	2—3 »	»	При наклоне вперед делать выдох, при выпрямлении — вдох
Сидя на краю кровати или на стуле, руки за головой, кисти в замок, ноги свесить	5. На счет 1—2 поворот головы и туловища в сторону, на счет 3—4 вернуться в исходное положение	2—3 »	Средний	В каждую сторону

1	2	3	4	5
<p>Лежа на спине, ноги прямые, руки вдоль туловища</p> <p>То же</p> <p>То же</p> <p>Лежа на спине, ноги согнуты в коленных суставах, руки вдоль туловища</p> <p>Лежа на спине, ноги прямые, руки на груди</p> <p>Лежа на спине, ноги согнуты в коленных, ступни на ширине плеч, руки вдоль туловища</p>	<p>Упражнения в положении лежа</p> <p>1. Дыхательное упражнение. На счет 1 руки через стороны вверх к изголовью (вдох), на счет 2 руки вниз в исходное положение (выдох)</p> <p>2. На счет 1—2 поочередное сгибание ног в коленных суставах, пятки скользят по постели, на счет 3—4 выпрямить</p> <p>3. На счет 1—2 одновременное сгибание ног в коленных суставах, пятки скользят по постели, на счет 3—4 ноги выпрямить</p> <p>4. На счет 1—2 приподнять таз, сделать «полумост», на счет 3—4 лечь на спину</p> <p>5. Дыхательное упражнение. На счет 1 глубокий вдох, на счет 2 продолжительный выдох</p> <p>6. На счет 1 возможно больше согнуть ноги в коленных суставах, на счет 2 захватить колени руками, на счет 3 притянуть бедра к животу и развести колени в стороны, на счет 4 вернуться в исходное положение</p>	<p>3—4 раза</p> <p>2—3 раза</p> <p>2—3 »</p> <p>2—3 »</p> <p>3—4 »</p> <p>2—3 »</p>	<p>Медленный</p> <p>»</p> <p>»</p> <p>»</p> <p>»</p> <p>»</p>	<p>При сгибании ног вдох, при выпрямлении выдох</p> <p>При сгибании ног вдох; при выпрямлении выдох</p> <p>При поднимании таза прогнуть поясницу</p> <p>При выдохе руки слегка нажимают на грудь</p> <p>Во время захвата колен руками приподнять голову и плечи, коснуться подбородком груди. На счет 1—2 вдох, на счет 3—4 выдох</p>

1	2	3	4	5
<p>Лежа на спине, ноги согнуты в коленных суставах, руки вдоль туловища</p> <p>Лежа на спине, ноги прямые, руки вдоль туловища</p>	<p>7. На счет 1—2 опустить колени вправо на край кровати; левая нога отводится направо в сторону поворота, на счет 3—4 вернуться в исходное положение</p> <p>8. На счет 1—2 руки поднять вверх к изголовью (глубокий вдох), на счет 3—4 вернуться в исходное положение (продолжительный выдох)</p>	<p>2—3 раза</p> <p>3—4 »</p>	<p>Медленный</p> <p>»</p>	<p>В каждую стопу</p> <p>Вдох через нос, выдох через рот</p>
<i>II период родов</i>				
Упражнения в паузах между потугами				
<p>Лежа на спине, ноги разведены в стороны и согнуты в коленных суставах, руки вдоль туловища</p>	<p>1. Дыхательные упражнения. На счет 1 руки вверх к изголовью (глубокий вдох), на счет 2 руки вниз (продолжительный выдох)</p> <p>2. На счет 1—2 поочередно выпрямлять ноги в коленных суставах с последующим сгибанием в тазобедренных суставах (носки на себя), на счет 3—4 вернуться в исходное положение</p>	<p>»</p> <p>2—3 раза каждой ногой</p>	<p>»</p> <p>»</p>	<p>Сочетать это упражнение с дыханием кислорода</p> <p>Упражнение снимает судорожное сокращение мышц ног и тазобедренных суставов, ликвидирует застойные явления</p>
<p>Лежа на спине, ноги разведены шире плеч и согнуты в коленных суставах, руки согнуты в локтевых суставах, кисти сжаты в кулаки</p>	<p>3. На счет 1 разжать кулаки, выпрямить и развести пальцы, на счет 2 сжать пальцы в кулаки</p>	<p>3—4 раза</p>	<p>Средний</p>	<p>Упражнение ликвидирует застойные явления и судорожные сокращения в мышцах рук</p>

Комплекс гимнастических упражнений после родов

Раздел занятий	Исходное положение	Упражнения	Дозировка упражнений		Методические указания
			число повторений	темп	
1	2	3	4	5	6
Вводный	Упражнения на 2—3-и сутки после родов				
Основной	<p>Лежа на спине, руки поставлены на локти, пальцы выпрямлены и разведены</p> <p>Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги вместе</p>	<p>1. Сжатие пальцев в кулак с одновременным сгибанием стоп</p> <p>2. Руки в стороны-вверх, живот втянуть (вдох), возвращение в исходное положение с расслаблением всей мускулатуры (выдох)</p>	<p>4—6 раз</p> <p>3—4 раза</p>	<p>Медленный</p> <p>»</p>	<p>Дыхание произвольное</p>
	<p>Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги вместе</p> <p>Лежа на спине, руки к плечам, ноги вместе</p> <p>Лежа на спине, руки согнуты в локтевых суставах, ноги вместе</p> <p>Лежа на спине, руки согнуты в локтевых суставах, ноги согнуты в коленях</p>	<p>1. Поочередное сгибание и разгибание нижних конечностей в коленных и тазобедренных суставах, ступня скользит по постели</p> <p>2. Круговые движения локтями спереди назад и сзади назад с максимальной амплитудой движения в плечевых суставах</p> <p>3. Поднять голову и плечи с упором на согнутые в локтевых суставах руки</p> <p>4. Подъем таза с опорой на стопы, локти и лопатки (мост)</p>	<p>3—4 »</p> <p>3—4 »</p> <p>2—3 »</p> <p>2—3 »</p> <p>2—3 »</p>	<p>»</p> <p>»</p> <p>»</p> <p>»</p> <p>»</p>	<p>В исходном положении — вдох, при сгибании ног — выдох</p> <p>Дыхание произвольное</p>

1	2	3	4	5	6
Основной	<p>Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги вместе</p> <p>Лежа на животе, руки согнуты в локтях, поставлены перед грудью ладонями на постели</p> <p>Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги вместе</p> <p>Лежа на спине, руки под поясницей, ноги согнуты и стоят ступнями на постели</p> <p>Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги вместе</p>	<p>5. Дыхательное упражнение с самоконтролем, правая рука на груди, левая на животе</p> <p>6. Прогибание туловища в пояснице с приподнятием головы и плеч (вдох), возвращение в исходное положение (выдох)</p> <p>7. Повороты на бок вправо и влево с касанием рукой спинки кровати</p> <p>8. Разведение колен в стороны и их смыкание</p> <p>Дыхательные упражнения. Разведение и подъем рук (вдох), опускание (выдох)</p>	<p>3—4 раза</p> <p>2—3 »</p> <p>3—4 »</p> <p>3—4 »</p> <p>3—4 »</p>	<p>Медленный</p> <p>»</p> <p>»</p> <p>»</p> <p>»</p>	<p>Дыхание свободное</p> <p>При разрывах промежности упражнение заменяется наклонами согнутых колен в стороны</p>
Заключительный	<p>Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги вместе</p>	<p>Упражнения на 4—5-е сутки после родов</p>	<p>3—4 »</p>	<p>»</p>	<p>Дыхание свободное</p>
Вводный	<p>Лежа на спине, руки поставлены на локти, пальцы выпрямлены и разведены</p>	<p>1. Сжатие пальцев в кулаки с одновременным сгибанием стоп</p>	<p>4—6</p>	<p>»</p>	<p>Дыхание свободное</p>

1	2	3	4	5	6
Вводный	Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги вместе	2. Дыхательное упражнение с участием верхних конечностей. Разведение рук в стороны (вдох), возвращение в исходное положение (выдох)	3—4 раза	Медленный	
Основной	Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги вместе	1. Одновременное сгибание обеих ног (выдох) с последующим их выпрямлением, возвращение в исходное положение (вдох)	3—4 »	»	»
	Лежа на спине, руки к плечам, ноги вместе	2. Круговые движения локтями спереди назад и сзади наперед. При поднятии локтей вверх — вдох, при опускании — выдох	4—5 раз	»	»
	Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги вместе	3. Сесть на кровати без помощи рук	3—4 раза	»	При переходе в положение сидя — вдох, при возвращении в исходное положение — выдох
	Лежа на спине, руки согнуты в локтевых суставах, ноги согнуты в коленях	4. Подъем таза с опорой на стопы, локти, лопатки (вдох), возвращение в исходное положение (выдох)	3—4 »	»	»
	Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги вместе	5. Дыхательное упражнение. Глубокий вдох и медленный полный выдох под контролем	3—4 »	»	»

1	2	3	4	5	6
Основной	<p>Лежа на животе, руки согнуты в локтях, поставлены перед грудью ладонями на постели</p> <p>Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги вместе</p> <p>Лежа на спине, кисти рук под поясницей, ноги согнуты, стоят ступнями на постели</p> <p>Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги вместе</p>	<p>6. Прогибание туловища в пояснице с приподниманием головы, плеч и одной ноги (вдох), возвращение в исходное положение (выдох)</p> <p>7. Повороты туловища с помощью рук вправо и влево</p> <p>8. Разведение колен в стороны (вдох) и их смыкание (выдох)</p> <p>9. Дыхательное упражнение. Поднимание рук через стороны вверх (вдох), возвращение в исходное положение (выдох)</p> <p>10. Упражнение «всплеск»</p> <p>11. Перенесение ног на край кровати</p>	<p>3—4 раза</p> <p>3—4 »</p> <p>4—5 раз</p> <p>3—4 раза</p> <p>5—6 раз</p> <p>3—4 раза</p> <p>5—6 раз</p> <p>1—2 минуты</p>	<p>Медленный</p> <p>»</p> <p>Средний</p> <p>Медленный</p> <p>Средний</p> <p>Средний</p> <p>Медленный</p> <p>»</p>	<p>Дыхание произвольное</p> <p>»</p> <p>»</p> <p>»</p> <p>»</p> <p>»</p> <p>»</p> <p>»</p>
Заклочительный	<p>Лежа на спине, руки под поясницей, ноги согнуты и стоят ступнями на постели</p> <p>Сидя на кровати, ноги вытянуты, руки опираются за спиной на постель</p> <p>Сидя на кровати со спущенными ногами</p> <p>То же</p>	<p>1. Попеременное поднимание колен с оттянутыми носками (ходьба сидя)</p> <p>2. Дыхательное упражнение под самоконтролем. Правая рука на груди, левая на животе</p>			

1	2	3	4	5	6
Вводный	Упражнения на 6—8-е сутки после родов				
Основной	Занятия осуществляются в том же объеме, что и на 4—5-е сутки				
Стой боком у кровати, держась одной рукой за спинку	1. Отведение выпрямленной ноги вперед, в сторону, назад (с возвращением в исходное положение)	4—5 раз	Средний		Дыхание произвольное
Стой, руки вдоль туловища, ноги на ширине плеч	2. Попеременные наклоны туловища направо и налево с одновременным скольжением рук вдоль туловища	4—5 раз	»		
Стой, руки на поясе, ноги вместе	3. Глубокое приседание (выдох), возвращение в исходное положение (вдох)	3—4 раза	Медленный		
Стой, руки вдоль туловища, ноги на ширине плеч	4. Разведение рук в стороны (вдох) с последующим наклоном вперед и касанием пальцами рук пола (выдох)	4—5 раз	Средний		Упражнение делается на 4 счета
ЗаклЮчительный	Стой, руки вдоль туловища, ноги вместе	3—4 раза	Медленный		

Токсикозы беременных (токсемии, гестозы, дисгравидозы) — это своеобразные осложнения физиологического течения беременности, носящие характер более или менее глубокого расстройства всех видов обмена веществ и нейрогуморальных корреляций с явлениями общей аутоинтоксикации организма, но с преимущественным функциональным, а в тяжелых случаях и анатомическим повреждением отдельных органов и систем беременной женщины.

Термин «токсикоз беременных» ввел в медицину в первом десятилетии XIX в. R. Freund. Однако отдельные формы токсикозов были известны гораздо раньше, хотя тогда они не получили еще обобщающего названия «токсикозы».

Так, в 1841 г. Г. Кораблев, а в 1877 г. И. П. Лазаревич писали об эклампсии как специфическом заболевании беременных. Кораблев в этиологии (вернее, в патогенезе) эклампсии большое значение придавал состоянию нервной системы, болевым раздражениям, эмоциональным переживаниям, а Лазаревич называл эклампсию самым опасным неврозом, вызываемым беременностью. Он полагал, что у беременных вся нервная система и нервные центры под влиянием различных неблагоприятных условий могут приходить в состояние необыкновенной раздражительности и если на мозг действует быстро образовавшееся раздражающее условие, могут внезапно возникнуть общие судороги с потерей сознания. В последнее время эти взгляды вновь привлекают наше внимание, как физиологически и клинически обоснованные.

Для обозначения этих заболеваний беременных Leyden предложил в 1866 г. термин «почка беременных», несколько позже Loelein, а затем Kermauner — «нефропатия беременных», сохраненный и в современном акушерстве. Другие названия, как, например, «нефроз беременных» (Folhard, Fare), «гломерулонефроз» и другие, в науке не удержались.

В 1913 г. Zangemeyster развил учение о нефропатии беременных, и с этих пор известна «триада Цангемейстера», определяющая клиническую сущность этого токсикоза: отек, альбуминурия и гипертония. Объединив отдельные слоги этих трех слов, Baumgarten пред-

ложил называть эту наиболее распространенную форму токсикоза одним словом *Alboetonia*.

До сих пор речь шла о токсикозах, возникающих у женщин во II половине беременности, т. е. о поздних токсикозах. Другую группу заболеваний этого типа составляют так называемые ранние токсикозы беременных, которые также были известны медицине уже в XIX веке (В. Фишель, А. В. Репрев, Н. И. Побединский, М. И. Горвиц, В. Н. Сутугин и др.).

Классификация токсикозов. Токсикозы беременных делятся на две группы: А — ранние токсикозы, возникающие в I половине беременности, т. е. от 1 до 10—12 недель, и Б — поздние токсикозы, развивающиеся во II половине беременности, т. е. от 26 до 40 недель.

Иногда возможны случаи более затяжного течения ранних токсикозов (до 16 недель); несколько чаще наблюдаются случаи поздних токсикозов II половины, возникающих на 25—24-й и даже на 21—20-й неделях беременности. Такие токсикозы отмечены при определенных отягощающих условиях, например, при наличии гипертонической болезни, многоплодии и многоводии, пузырном заносе.

В каждой из этих двух основных групп необходимо выделить еще две подгруппы — токсикозы чистые и сочетанные (С. М. Беккер, З. В. Майсурадзе, 1954), либо, по терминологии других авторов, первичные и вторичные (Барон и Бернардчикова, 1956), или же эссенциальные и привитые (Dolff и Link, 1958).

К сочетанным (вторичным, привитым) относят те токсикозы, которые возникают у беременных на фоне ранее существовавшего какого-либо заболевания, при котором особенно заметно нарушаются функции обмена, выделения, дезинтоксикации, сердечно-сосудистой и эндокринной систем. Сочетанные токсикозы, или, как их называет А. Б. Гиллерсон (1961), миксты, составляют около половины всех поздних токсикозов (С. М. Беккер).

Практически наиболее неблагоприятное течение токсикозов отмечено у беременных, страдающих гипертонической болезнью, диабетом, болезнями печени, почек. Например, при наличии ранее существовавшей гипертонической болезни тяжелый токсикоз возникает в 14 раз, преждевременная отслойка плаценты — в 10, кровоизлияние в мозг — в 20 раз (Н. А. Панченко, 1958) чаще, чем у женщин, не отягощенных этим заболеванием до беременности.

К группе ранних токсикозов относятся следующие формы: 1) птализм (слюнотечение), 2) рвота, 3) чрезмерная или неукротимая рвота, 4) полиневрит, 5) бронхиальная астма, 6) дерматозы, 7) тетания, 8) остеомалация (стертые формы). Раньше к этой группе относили также токсическую желтуху (*icterus toxicus gravidarum*) и острую желтую атрофию печени (*atrophia hepatis flava acuta*). В настоящее время общепризнано, что обе эти формы желтухи являются различными стадиями первичной или рецидивирующей при беременности болезни Боткина и в классификацию собственно

токсикозов беременных включаться не должны. Не исключена также возможность тяжелой желтухи у беременных на почве функциональной недостаточности печени, возникшей в результате болезни Боткина, перенесенной в прошлом.

Классификация поздних токсикозов значительно более сложна. Отсутствие единого мнения по вопросам этиологии и патогенеза этих заболеваний привело к известным разногласиям и в вопросе их классификации, так как различные авторы придерживаются разных принципов в делении поздних токсикозов на разряды, группы, формы. В то же время число форм позднего токсикоза весьма ограничено.

Наибольшим признанием пользуется классификация Зейца — водяночно-нефротический и эклампсический симптомокомплекс, или отечнонефротическая группа токсикозов. К ней относятся:

1) водянка беременных (*Hydrops gravidarum*), 2) нефроз беременных (нефропатия), 3) преэклампсия, 4) эклампсия. В понятие нефропатия включен наиболее часто наблюдающийся при этой форме синдром: альбинурия, гидропс, гипертония. Однако нередко гипертония, не будучи симптомом истинной гипертонической болезни, оказывается единственным проявлением позднего токсикоза и является самостоятельной формой — моносимптомным токсикозом (гипертония беременных).

Водянка беременных, хотя в отдельных случаях и может существовать как самостоятельная, изолированная форма токсикоза, однако гораздо чаще является либо предшественницей, либо спутницей нефропатии.

Термин «нефропатия» нельзя признать правильным, так как он далеко не отражает существа этой наиболее распространенной в группе поздних токсикозов формы, обозначая лишь один из симптомов этого страдания беременных — функциональное повреждение почек, в то время как клиническая картина нефропатии представляет комплекс трех симптомов функционального повреждения организма (триаду Цангемейстера): 1) резкое нарушение водно-солевого обмена (водянка), 2) альбинурия как результат наличия нефроза, 3) гипертония общая или регионарная как симптом нервно-сосудистых расстройств.

Эта сложная форма позднего токсикоза представляет собою отечно-нефротически-гипертонический синдром (А. А. Лебедев), что соответствует термину «*alboetonia*» (*Baumgarten*).

Нужно иметь в виду, что, с одной стороны, водянка, альбинурия раздельно или в сочетании могут иметь место и без гипертонии, а с другой стороны, гипертония может быть при отсутствии отеков и альбинурии, т. е. в виде моносимптомного токсикоза.

При решении вопросов лечения поздних токсикозов Н. С. Бакшеев (1964) условно делит их на две группы: а) средней тяжести — удовлетворительное общее состояние, артериальное давление не выше 170/100 мм. рт. ст., белка в моче до 5%, отеки только на ниж-

них конечностях, дефицит выделяемой жидкости не превышает 20—25% к объему поглощенной; б) тяжелый токсикоз: артериальное давление и содержание белка в моче выше, чем в группе средней тяжести, отеки распространяются на наружные половые органы и брюшную стенку, дефицит выделяемой жидкости выше 25%, головная боль, боли в подложечной области. Легкие формы токсикозов в отдельную группу Бакшеев не выделяет, так как лечение их не представляет трудностей.

Вопросы этиологии и патогенеза. Этиология всех многочисленных форм токсикозов беременных — ранних и поздних — одинакова. Они возникают при беременности, когда развивается плодное яйцо. Однако оно само по себе не является непосредственным источником каких-то токсинов, отравляющих материнский организм. Возникновение токсикоза беременных следует рассматривать как извращение нормальной перестройки, разлаживание сложного процесса адаптации беременной к новым условиям, которые возникли и меняются на протяжении беременности (Н. Л. Гармашева).

Непосредственной причиной нарушения физиологического процесса адаптации могут быть: 1) патологические импульсы, исходящие от матки и от плодного яйца (многоводие, многоплодие, патология интерорецепторов, инфантилизм матки, нарушение плодово-материнского кровообращения, патология плаценты и пр.); 2) патологическая переработка нормальных импульсов в центральной нервной системе. Это может иметь место при условии дискоординации основных нервных процессов в коре головного мозга и в системе кора — подкорка; 3) перевозбуждение области ретикулярной формации стволовой части мозга (наличие резко отрицательных эмоций, страха, горя, повышенная раздражительность). При этом возникают глубокие нарушения функций вегетативной нервной системы: гиперамфотония, т. е. чрезмерное возбуждение обеих ее отделов — симпатического и парасимпатического, либо дискоординация их. Возникают нарушения в сосудистой системе, обмене веществ, особенно белковом, нарушается дезинтоксикационная функция печени, разлагается нейрогуморальная, в частности гормональная, корреляция и т. д. В результате электролиты, микроэлементы, гормоны, медиаторы вырабатываются в чрезмерно больших либо в слишком малых количествах, вследствие чего вообще нарушается их физиологическое взаимоотношение, необходимое для полноценной адаптации организма и нормального течения важнейших жизненных процессов при беременности. Наряду с этим в общий круг кровообращения беременной поступают не только конечные, безвредные, но также промежуточные, нередко токсичные продукты обмена, как, например, недоокисленные продукты углеводного и жирового обменов, токсичные белковые вещества (амины, пептон, полипептиды и др.). Образываясь в значительных количествах, недостаточно обезвреживаясь в крови, органах и тканях, они действуют на организм, дезинтоксикационные, защитные и адаптационные

функции которого ослаблены, и обуславливают его аутоинтоксикацию.

В отношении ранних токсикозов в настоящее время большинством советских ученых принята нервнорефлекторная теория их происхождения и кортиковисцеральный механизм возникновения (В. И. Здравомыслов, В. Н. Сутугин, А. А. Лебедев, С. М. Беккер, Н. В. Кобозева, Н. Л. Гармашова, В. М. Лотис, А. П. Николаев и др.). Следует отметить, что русские акушеры уже давно высказывали мысль о сходстве по клинической картине ранних токсикозов с неврозами (В. Фаворский, И. П. Лазаревич, М. И. Горвиц) и о важной роли нервной системы в происхождении токсикозов.

Современные авторы (Г. М. Салганник, С. М. Беккер, М. А. Даниахий, Н. В. Кобозева, С. Н. Астахов, А. П. Николаев и др.) в значительной мере развили и уточнили это положение, подчеркнув, что нарушение состояния нервной системы и, в первую очередь, основных нервных процессов — возбуждения и торможения — в головном мозге обуславливает неадекватные реакции на новые импульсы с беременной матки и на появление в крови новых гуморальных агентов, исходящих из плодного яйца.

Неустойчивость психики беременных, расположенных к возникновению ранних токсикозов или страдающих ими, нарушение сна, извращение вкуса, лабильность сосудистой системы с склонностью к гипотонии, вегетативные дистонии, повышенная возбудимость рвотного центра, доказанная (К. И. Платонов, В. И. Здравомыслов, А. П. Николаев и др.) возможность успешного излечения таких больных с помощью гипнотического внушения, — все это убедительно свидетельствует о важнейшей роли нервной системы в происхождении ранних токсикозов.

Н. В. Кобозева, на основании исследования у этих больных слюнной секреции (по методу Н. И. Красногорского), доказала, что при ранних токсикозах нарушается физиологическое равновесие в процессах возбуждения и торможения, а именно: понижается возбудимость коры головного мозга (следовательно, ослабевают ее регулирующая, контролирующая функции) и повышается возбудимость стволовых (подкорковых) образований, в частности, слюноотделительного и рвотного центров. Очевидно, в подобных случаях имеет место чрезмерное раздражение ретикулярной формации, что подтверждается высокой эффективностью аминазина, резко понижающего при лечении рвоты беременных возбудимость гипоталамической области с ретикулярной формацией.

Главным клиническим проявлением наиболее часто встречающихся форм ранних токсикозов является извращение пищевых рефлексов (Н. Л. Гармашева). В дальнейшем, уже вторично, могут вовлекаться в патологический процесс различные органы и системы: сосуды, печень, почки, эндокринные железы, периферические нервы и проч.

Патогенез поздних токсикозов до настоящего времени не уста-

новлен, хотя теорий возникновения этих заболеваний при беременности имеется множество: механическая, как результат недостаточной приспособленности кровеносной системы женщины к вертикальному положению тела (Неверов), гуморальная — «потрясение всего обмена веществ» (Siegert), дискразии, или нарушения химического и физико-химического равновесия (Sietz), аллергическая (Б. А. Егоров, А. Е. Маневич, М. А. Петров-Маслаков, А. А. Никольская, Siegmund, Albeck и др.), токсемическая (В. Линдеман, А. В. Репрев, Н. И. Побединский, Waters и др.), коллоидно-эндокринная (М. С. Малиновский, М. Г. Кушнир), эндокринная (А. Э. Мандельштам и Э. М. Каплун, Г. М. Шполянский, М. А. Даниахий), психогенная (В. И. Здравомыслов, М. С. Карпачевский, К. И. Платонов, С. Н. Астахов), неврогенная (К. К. Скробанский, А. И. Гофман, А. А. Лебедев, Kaltenbach, Seitz, Ahlfeld), нервнорефлекторная и кортиковисцеральная (М. И. Горвиц, В. Н. Сутугин, Н. Л. Гармашева, С. М. Беккер, Н. В. Кобозева, В. М. Лотиц, А. П. Николаев и др.).

Единственным достоверно известным этиологическим фактором поздних токсикозов беременности является плодное яйцо, точнее трофобласт. Плодное яйцо с самого момента его имплантации в матке и особенно с момента начала функционирования плаценты является источником действия множества разнообразных раздражений, непрерывно падающих на нервную систему организма матери. Понятно, что свойственный данному организму стереотип рефлекторных реакций на внутренние и внешние раздражители, а также рефлекторные механизмы регуляции организма беременной резко и глубоко изменяются. Это происходит в результате, с одной стороны, богатейшей импульсации из внутренней среды организма и, с другой — в результате интенсивно происходящего приспособления материнского организма к условиям внешней среды. В то же время требования к ним значительно повышаются и усложняются в связи с новыми, непрерывно возрастающими потребностями организма как самой беременной, так и плода.

Приспособление организма к изменившимся условиям внутренней и внешней среды осуществляется за счет гипофиза и адреналокортикоидной системы надпочечников — адаптационной функции.

У беременной женщины качество адаптационных механизмов, степень соответствия адаптации организма изменившимся условиям и, в связи с этим, физиологическое или патологическое течение беременности зависит от множества причин. Здесь играют роль: тип и особенно подвижность нервной системы; высота порога возбудимости центральной нервной системы; количество и качество импульсов, исходящих от плодного яйца, при этом совершенно различных (при нормально развивающемся плоде — одно, при двойне — другое, при многоводии — третье, при пузырьном заносе — совсем иное и т. д.).

Восприятие одинаковых по силе и значению импульсов интерорецепторами матки также может быть различным у перворо-

дящей и повторнородящей, у женщины вполне здоровой и перенесшей воспалительные или послеродовые заболевания матки, гридатков, брюшины, у женщины с совершенно нормальным развитием полового аппарата (а следовательно, и его интэрорецепторов) и до известной степени инфантильной и т. д. Восприятие импульсов интэрорецепторами и передача их в центральную нервную систему может носить вполне физиологический характер. Переработка их в коре головного мозга может быть патологической, если имеют место перенапряжение, истощение центральной нервной системы, чрезмерное усиление возбудительных или тормозных процессов, перевозбуждение подкорки, влияние отрицательных эмоций (страха и т. д.), т. е. если имеется нарушение физиологического течения нейродинамических процессов в высших отделах головного мозга.

Существенную роль играют нарушения общего и маточно-плацентарного кровообращения, заболевания, лабильность или функциональные нарушения различных органов: почек, печени, кишечника, эндокринных желез и т. д.

Изучение всех указанных и многих других факторов в последнее время все ближе подводит исследователей к правильному пониманию весьма большого разнообразия механизмов происходящих в определенных случаях отклонений от нормального течения беременности.

Остановимся здесь на главнейших вопросах патогенеза токсикозов.

Плацента и кровоснабжение матки. Разнообразие и сложность функций плаценты не имеет себе равных. Чем важнее и сложнее функция органа, тем полноценнее и богаче должно быть снабжение его кровью и кислородом. Большинство современных авторов (Bartholomew, Zeek и Assali; Rezende, Willsson и Munnell и др.) считает устанавливаемый с большим постоянством факт возникновения инфарктов в плаценте при тяжелых формах токсикозов весьма характерным для этих заболеваний. Они приписывают образование инфарктов нарушениям фетального кровообращения: уменьшению количества циркулирующей крови, замедлению ее тока и усиленному тромбообразованию в сосудах плаценты. Субстанции, содержащиеся в плацентарных клетках, или сами являются коагулирующими энзимами или активаторами их. Эти энзимы освобождаются плацентарными клетками в результате аноксии, гормональных расстройств и С- и Р-витаминной недостаточности. Применяв различные точные методы исследования, Brown, Walli (1953), Morris, Esborn, Rheit (1955) доказали, что кровоснабжение хориодецидуальной области при преэклампсии уменьшается в 3 и даже 4 раза по сравнению с нормальной беременностью. Welker (1954) установил, что при преэклампсии кровь, идущая от плаценты к плоду, бедна кислородом.

В результате уменьшенного крово- и кислородоснабжения, а также образования инфарктов наступают дегенеративные про-

цессы и преждевременное старение плаценты. Это старение выражается, в частности, в дегенерации клеток синциция, которые секретируют эстрогенные гормоны и прогестерон. Возникает своеобразный порочный круг — старение плаценты и изменения в ее сосудах приводят к недостаточному крово- и кислородоснабжению беременной матки. Недостаток кровоснабжения и гипоксия влекут за собою уменьшение образования и выделения эстрогенов и прогестерона. Эти гормоны, как известно, вызывают расширение сосудов и обуславливают в норме гиперемию матки и плаценты. Недостаток их создает препятствие для необходимого кровоснабжения матки, а это в свою очередь способствует преждевременному старению плаценты и т. д.

Bartholomew доказал, что при тяжелых токсикозах наличие в плаценте специфических коричневых и черных некротических инфарктов — первичное явление, т. е. следствие грубых нарушений маточно-плацентарного кровообращения и источник токсических продуктов автолиза. По данным В. Ten-Berge, при поздних токсикозах объем кровообращения плаценты уменьшается на $\frac{1}{3}$ первоначального уровня и происходит закупорка фибрином межворсинчатых пространств и тромбоз капилляров. Хориальный эпителий дистрофируется, что приводит к уменьшению продукции эстрогенов, особенно эстриола. Снижение эстриола в 3—7 раз свидетельствует о большой тяжести токсикоза и об угрозе жизни плода (Панченко, Преварский, Pigeaud и др.).

В самое последнее время С. Hunter и W. Howard нашли, что экстракты из децидуальной оболочки матки при токсикозах содержат вещество, повышающее артериальное давление — гистеротонин, образованию которого способствует гипоксия, а поступлению в общий ток крови — высокое внутриматочное давление. Уменьшение давления путем разрыва плодного пузыря ведет к значительному падению и артериального давления. Этот факт, как известно, давно был подмечен В. В. Строгановым и использован в его схеме лечения эклампсии. Sammers и A. Hertig установили, что децидуальные синусоидные и интервиллезные тромбы и инфаркты плаценты у больных токсикозами, которым проводилось лечение эстрогенами, наблюдались реже, чем в контрольной группе.

Интересен также опыт Бостонской больницы, где в группе беременных, которым профилактически применяли стильбестрол, частота токсикозов составила 2,3%, а в контрольной — 6,8%. Этими наблюдениями доказывается эффективность гормональных препаратов в лечении поздних токсикозов.

Гормоны и водно-солевой обмен. Установлено (A. Govan, C. Mikherjee и др.), что при поздних токсикозах сосудистая система сверхчувствительна к прессорным субстанциям, например к экстракту задней доли гипофиза. В то же время оказалось, что субстанция, сенсibiliзирующая сосудистую систему к действию гипертензивных веществ, содержится в передней доле гипофиза.

В последние годы особое внимание исследователей токсикозов беременных привлекают гормоны коры надпочечников в связи в том, что имеется тесная зависимость между действием на клетки организма этих гормонов и водно-солевым обменом, который при токсикозе всегда нарушен.

Финские ученые (S. Parviainen, K. Soiva, C. Ehrnrooth) в эксперименте и в клинике показали, что даже однократное введение дезоксикортикостерона обуславливает проникновение натрия в клетки организма с последующей задержкой воды. Parviainen утверждает, что токсемия беременных подобна действию сверхдоз дезоксикортикостерона. В то же время Tobias доказал заметное повышение экскреции кортикостероидов у беременных с отеками или явлениями преэклампсии, примерно в 2 раза, по сравнению с нормальной беременностью.

Селье вызывал у крыс судороги, отравляя их дезоксикортикостероном, причем у них развивались отеки, повышение кровяного давления, явления нефроза. На основании своих экспериментов Селье создал популярную сейчас за рубежом, хотя далеко не всеми разделяемую гипотезу о том, что организм животного и человека, приспособляясь с наступлением беременности к новым сложным требованиям, иногда обнаруживает явления патологической сверхприспособляемости, или так называемую болезнь адаптации. Это проявляется, в частности, гиперпродукцией кортикоидов, обуславливающих задержку натрия и воды, гипертонию, альбуминурию, повышенную проницаемость капилляров, перевозбуждение нервной системы, т. е. ряд тех явлений, которые характерны для определенных форм или стадий позднего токсикоза.

В то же время выяснено, что слишком высокое содержание натрия в пище делает организм беременных особенно чувствительным к токсическим явлениям этих гормонов, очевидно, в связи с тем, что натрий является вообще сильным раздражителем нервных клеток.

В последнее время существует мнение (Н. А. Юдаев), что баланс солей калия и натрия, а в связи с ним и распределение воды в организме определяется количеством альдостерона в крови. Содержание альдостерона даже при нормальной беременности, примерно в 10 раз выше (54 мкг против 5—6 мкг), чем в небеременном состоянии.

Между тем активность альдостерона по влиянию его на соотношения Na и K в моче (в эксперименте) в 100 раз большая, чем дезоксикортикостерона, и в 25—30 раз большая по способности задерживать в тканях Na (И. Эскин). Отсюда можно сделать заключение о чрезвычайной роли альдостерона в регуляции водно-солевого обмена, в частности, при поздних токсикозах беременных, когда его количественное содержание в крови значительно возрастает.

Независимо от того, что способствует задержке воды и солей натрия в организме беременных, избыток ли кортикостероидов, или недостаток эстрогенов, или повышенное выделение задней долей

гипофиза антидиуретической субстанции, многие авторы возвращаются к теориям Фольгардта и Цангемайстера, которые все явления эклампсии объясняют повышением внутричерепного давления вследствие отека и расстройства кровообращения мозга. Отек мозга есть проявление общего гидрoпса, хотя он может быть скрытым и зависит от повышенной проницаемости сосудистых стенок. Вода, по мнению Zangemeyster (1915), является ядом, вызывающим эклампсию.

По этой теории, характерное преэклампсическое состояние, а затем и эклампсические судороги объясняются ишемией (следовательно, по-нашему, и гипоксией) мозга, а также интрадуральным давлением на центры вегетативного отдела центральной нервной системы и их чрезмерным раздражением.

Исследователь L. C. Chesley (1949) считает, что беременные, у которых задерживается излишнее количество жидкости в тканях, заболевают преэклампсией в 6 раз чаще, чем беременные с задержкой жидкости в пределах нормы. По данным других авторов, при токсикозе в клетках центральной нервной системы отмечается значительное накопление натрия, что связывают с повышенной активностью надпочечников. Это обуславливает повышенную возбудимость нейронов и способствует возникновению судорожных приступов.

Крупный современный специалист по токсикозам W. Dieckmann также считает, что преэклампсия и эклампсия могут развиваться в результате повышения давления в инкапсулированных органах (почки, головной мозг) вследствие задержки в них воды при перегрузке организма солями натрия и затрудненном их выделении. По мнению Dieckmann, введение внутривенно большого количества воды, например в виде 5% раствора глюкозы, может вызвать у беременной с преэклампсией судороги и коматозное состояние.

Аллергия. В 30-х годах было много работ, посвященных аллергическим теориям токсикозов, рассматривавшихся как аллергоз. Экспериментальные данные авторов, пытавшихся обосновать аллергическую теорию, были отвергнуты большинством последующих исследований как отечественных, так и зарубежных (А. И. Вылечжанин, П. Д. Горизонтов, Jonston, Fellender, Wexer и др.). Рядом работ установлено, что ни плацента, ни белки плода, тем более поступающие в минимальных количествах и непрерывно в течение длительного времени, не обнаруживают истинных антигенных свойств, которые в условиях гомосенсибилизации могли бы давать реакцию анафилаксии. Кроме того, известно, что при анафилаксии свертываемость крови понижается, кровяное давление падает, снижается температура, развивается лейкопения. При эклампсии же все эти показатели изменяются в противоположном направлении.

Можно лишь сказать, что при отдельных видах поздних токсикозов (нефропатия, эклампсия) некоторая роль принадлежит и аллергическому феномену (М. А. Петров-Маслаков), проявление

которого зависит от особенностей реактивности высших отделов центральной нервной системы.

Следовательно, о ведущей роли аллергии в возникновении токсикозов беременных не может быть и речи.

Почки. Еще в 1880 г. Я. Я. Стольников, накладывая зажим на почечные артерии животных и таким образом обескровливая их, вызывал склеротические изменения в почках и общую артериальную гипертонию. Через 50 лет после опытов Стольникова Н. Goldblatt (США), вызывая тем же способом ишемию почек, установил, что при этом в крови выделяется вещество типа фермента — ренин, в результате соединения которого с белком одной из глобулиновых фракций образуется новое вещество — «гипертензин», обуславливающее развитие гипертонии. L. Dill и С. Erickson на беременных собаках показали, что ишемия почек, вызванная неполным лигированием почечных артерий, приводит к комплексу явлений (альбинурия, гипертензия, судороги), характерных для позднего токсикоза у женщин. В. Wylie решающее значение в развитии поздних токсикозов также приписывал расстройству кровообращения в почках, возникающему у некоторых женщин вследствие давления беременной матки на почки и их сосуды.

Многочисленные попытки других авторов воспроизвести описанные выше явления в сходных экспериментах по большей части не увенчались успехом. Это и понятно, так как поздний токсикоз беременных есть весьма сложное по своему патогенезу заболевание всего организма, и повреждение какого-либо одного органа (например, почек) может служить лишь в какой-то мере сопутствующим, содействующим, но не решающим в возникновении токсикоза фактором.

Несостоятельность приведенных теорий объясняется, на наш взгляд, еще и тем, что в разработке большинства из них совершенно упущена из виду роль нервной системы — главного организатора и координатора всех физиологических, а в случае ее нарушений и патологических процессов организма, тем более человеческого.

Нервная система. В настоящее время имеется множество доказательств того, что роль нервной системы в генезе поздних токсикозов огромна. Если единственным этиологическим фактором возникновения токсикозов беременных является плодное яйцо, то среди патогенетических механизмов этих заболеваний беременных действующим в первую очередь является механизм нейрогенный, включающий компоненты нейродинамический, нейрогуморальный и нейротрофический. Доказательств сказанному много.

1. Метод В. В. Строганова, до сих пор сохранивший при лечении эклампсии свое значение, обязан строгому соблюдению элементов лечебно-охранительного торможения, воздействующих на высшие отделы центральной нервной системы. В результате нормализуются нарушенные нейродинамические взаимоотношения в коре головного мозга, между корой и нижележащими отделами,

между головным и спинным мозгом; восстанавливается нарушенная главенствующая, регулирующая функция коры. Этому способствуют и медикаментозные средства (наркоз, морфий, хлорал-гидрат), углубляющие охранительное торможение корковых клеток, т. е. выводящие кору из гипноидных тормозных фаз, в частности, из парадоксальной фазы, когда даже слабое раздражение (световое, звуковое, термическое и пр.) легко может вызвать неадекватные, чрезмерно сильные реакции со стороны нервной и сосудистой системы, вплоть до судорог.

2. Известно, что при недалеко зашедшем токсикозе хорошие результаты дает лечение сном как медикаментозным, так в дальнейшем и условнорефлекторным.

Лечение сном оздоравливает прежде всего высшие отделы центральной нервной системы, восстанавливает нормальное течение нейродинамических процессов, уравнивает возбудительный и тормозной процессы. При этом одновременно снижается кровяное давление, прекращаются головные боли, заметно увеличивается диурез, спадают отеки, уменьшается альбуминурия. Совершенно очевидно, что если уменьшаются или устраняются важнейшие симптомы токсикоза с помощью непосредственного воздействия на нейродинамические процессы в высших отделах центральной нервной системы, то, следовательно, симптомы болезни возникли в результате «полома» именно этих нервных процессов в центральной нервной системе.

Особенно полный и быстрый эффект терапия сном дает, по Петрову-Маслакову, Астахову и другим, у тех беременных, у которых самым ранним и единственным проявлением токсикоза была гипертония. Нейрогенный же механизм возникновения этого симптома не подлежит сомнению.

Известный физиолог Ф. А. Андреев справедливо указывал, что наиболее убедительным доказательством церебрального генеза того или иного заболевания является эффективность при нем терапии сном.

3. Определение спонтанной и безусловной слюнной секреции по Красногорскому позволило Н. В. Кобозевой установить у беременных с поздними токсикозами нарушения нормальных взаимоотношений коры и подкорки. У ряда больных под влиянием внутривенного введения 10% брома и подкожного введения малых доз кофеина состояние и взаимоотношения коры и подкорки нормализовались и одновременно с этим быстро исчезали симптомы токсикоза.

4. Нарушения нормальных функциональных взаимоотношений коры и подкорки при преэклампсии и эклампсии методами плетизмографии установили также С. Н. Астахов, Л. И. Ковалева, А. Т. Пшоник, И. П. Иванов и др.

5. С. Н. Астахов, Е. М. Тареев, А. П. Николаев указывают, что развитие токсикозов, особенно гипертонии беременных, иногда наступление эклампсического приступа совершенно отчетливо мож-

но увязывать с воздействием на беременную сильных эмоций отрицательного тона. Нефропатия беременных имеет черты, сближающие ее с гипертонической болезнью, для которой твердо установлен кортико-висцеральный характер патологического процесса (Е. М. Тареев.).

Н. Л. Стоцик и Т. И. Орлова отмечают, что все нарушения, которые свойственны позднему токсикозу, могут быть обусловлены изменениями функции центральной нервной системы, а именно: коры головного мозга.

6. А. П. Николаев (1950) указывал на кортикальную природу позднего токсикоза.

7. На основании изучения типов (по И. П. Павлову) нервной системы у беременных, страдающих поздними токсикозами, М. А. Даниахия установила, что среди них особенно часто встречаются женщины с сильным, но неуравновешенным, даже так называемым безудержным, типом нервной системы. У таких женщин в корковой динамике процессы возбуждения явно преобладают над процессами торможения, причем последние по мере развития беременности все более ослабевают. В то же время нарастают нарушения функции подкорковых центров, находящихся, в силу закона индукции, в состоянии все усиливающегося торможения.

Такое расстройство нейродинамических процессов можно считать одним из механизмов, способствующих возникновению позднего токсикоза, так как оно, по крайней мере в эксперименте, нередко сопровождается нарастающим отеком, состоянием повышенной раздражимости головного мозга, гипертонией и проч.

8. Яркое доказательство кортикального механизма возникновения позднего токсикоза отмечено в годы блокады Ленинграда. В это время отмечалась совершенно необычная частота эклампсии, причем в наиболее тяжелые дни и недели артиллерийских обстрелов и воздушных налетов она достигала 53 % по отношению ко всем рожавшим и немедленно снижалась в 2—5—10 раз при одних и тех же условиях питания и быта в дни и недели, когда наступало относительное затишье боевых действий.

Все изложенное позволяет утверждать, что ведущая роль в патогенезе эклампсии, а следовательно, и других форм позднего токсикоза, принадлежит нарушению основных нервных процессов в коре головного мозга и ближайшей подкорке, а отсюда и в вегетативном отделе центральной нервной системы.

Сосудистая система. Очень тонким, весьма чувствительным и ранним показателем нарушений в центральной нервной системе, в частности в коре головного мозга, является капиллярно-сосудистая система.

Факт нарушения капиллярного кровообращения, в значительной мере определяющий весь ход дальнейшего развития патологического процесса при поздних токсикозах, в настоящее время признан всеми.

Можно не без основания утверждать, что почти все проявления эклампсии и предшествующих ей стадий могут быть хорошо объяснены сосудистыми спазмами и их последствиями, хотя полного соответствия между силой клинически определяемых сосудистых нарушений и тяжестью заболевания может и не быть. Эти нарушения, выражающиеся в гипертонусе артериол и изменении проницаемости стенок капилляров и венул, в значительной мере обуславливают изменения тканевого обмена и ведут к развитию гипертензии, альбуминурии, мозговых симптомов, способствует образованию отеков, резко снижают обменную и обезвреживающую функцию печени, выделительную функцию почек и кожи и т. д.

Об изменениях капиллярного кровообращения при поздних токсикозах знали давно. Еще в 20-х годах Hinselmann, С. П. Виноградова, Н. А. Скульский, а позже Г. М. Салганник, И. П. Иванов, Ю. И. Новиков, А. Я. Братушик и другие представили яркие капилляроскопические картины, свидетельствующие о резком нарушении капиллярного кровообращения, и описали патологию сосудистых стенок при токсикозах различной тяжести. Однако до недавнего времени эти данные мало учитывали и клиницисты, и патологоанатомы. Изучали главным образом наиболее грубо поражаемые органы, но не придавали значения распространенности, универсальности сосудистых поражений. Клиницисты и патологоанатомы обращали внимание главным образом на изменение в собственной ткани органа и не учитывали, что это конечный результат патологического процесса, которому предшествуют и который несомненно обуславливают изменения в сосудах.

Механизм капилляроспазма, как теперь выяснено, может иметь либо чисто нейрогенный, рефлекторный механизм, либо гуморальный (например, прямое воздействие на сосуды вазопрессорных субстанций), либо смешанный, т. е. рефлекторно-гуморальный.

Спазм сосудов может быть (и чаще всего бывает) общим, универсальным, т. е. в мозгу, печени, почках, эндокринных железах, желудке, брыжейке и т. д.; но может наблюдаться и более или менее изолированно, в виде регионарных спазмов, преимущественно поражая тот или иной орган.

Капилляроспазм ведет к гипертензии, к гипоксии тканей, повышению проницаемости сосудистой стенки, изменениям тканевого обмена, способствует развитию дистрофических процессов в тканях, что, в свою очередь, резко нарушает функцию нервных аппаратов самих сосудов, тканей, органов, повреждая интероцептивный аппарат, обуславливает возникновение патологических импульсов, раздражающих подкорку и кору мозга. Между тем мозг, вследствие особенно высокой чувствительности его клеток к затруднению и нарушению кровоснабжения и к кислородному голоданию, сам (вторично) страдает от последствий спазма капилляров. При этом неизбежно нарушается нормальное течение и взаимоотношение основных нервных процессов, а также изменяется, ослабляется

регулирующая, координирующая, адаптационная и другие функции головного мозга, что неизбежно усугубляет расстройство процессов обмена, функций различных органов и ведет к дальнейшему развитию нервных, трофических и гормональных нарушений в организме.

Таким образом, развитие поздних токсикозов представляет собой сложный нервный и нервно-гуморальный процесс с первоначальным нарушением основных функций центральной нервной системы, немедленной, по большей части генерализованной, реакцией со стороны сосудистой системы, оказывающей глубокое влияние на функциональное состояние всей центральной-нервной системы.

В результате нарушения кровообращения и кислородоснабжения всех органов и тканей разлаживаются в большей или меньшей степени функции всех органов и тканей, но в первую очередь тех, которые особенно чувствительны и реактивны по отношению к нарушениям кровообращения и кислородному голоданию: мозг, кровеносные сосуды, почки.

Отсюда и выступают на первый план общеизвестные симптомы поздних токсикозов: гипертония, мозговые явления, отеки и функциональные нарушения почек. Позже, когда развиваются глубокие нарушения обмена и наступают дистрофические явления в органах и тканях, возникает истинный токсикоз.

Мы в настоящее время поздний токсикоз беременности во всех его проявлениях, от водянки до эклампсии, считаем возможным определить как нервно-токсическое заболевание (невротоксикоз) беременных.

Схема его такова: патологические импульсы от плодного яйца, или «ошибочное» восприятие импульсов патологически измененными интерорецепторами матки, или патологическая переработка импульсов в центральной нервной системе создают первичное звено заболевания: нарушение нейродинамических процессов в центральной нервной системе.

Рефлекторно наступают функциональные нарушения наиболее чувствительной к центробежным нервным импульсам сосудистой системы в виде множественного спазма артериол, в первую очередь мозга и почек. Это второе звено.

Нарушение кровообращения универсальное или регионарное, непосредственно связанное с ним кислородное голодание тканей важнейших органов (мозг, почки, печень, эндокринные железы) и гипертензия составляют третье звено.

Четвертым звеном следует считать глубокое нарушение всех видов обмена, в первую очередь белкового и водно-солевого, неизбежно наступающее в результате нарушений кровообращения и развития гипоксии, в связи с чем все более отчетливо выступают явления токсикоза.

И пятое звено — дистрофические повреждения органов и тканей, приобретающие необратимый характер после доста-

точно длительного периода существования более или менее глубоких функциональных нарушений.

Разумеется, это рабочая схема. Тем не менее она может помочь наметить правильные пути ранней диагностики, профилактики и лечения поздних токсикозов беременных.

Диагностика, профилактика, лечение. Ранние токсикозы. Наиболее важной в практическом отношении является рвота беременных (*Emesis gravidarum*). Нередко она присоединяется к ранее возникшему слюноотделению. Однако как та, так и другая формы токсикоза могут существовать и раздельно. Избыточное слюноотделение (птиализм) связано со значительным перевозбуждением подкорковых центров головного мозга и ветвей блуждающего нерва в слюнных околоушных железах. Количество вытекающей изо рта слюны может в тяжелых случаях достигать 1 л за сутки, не считая проглоченной (Г. Г. Гентер). Сам по себе птиализм опасности ни для беременных, ни для плода не представляет, однако сочетание его с чрезмерной рвотой (см. ниже) весьма неблагоприятно.

Диагностика рвоты беременных обычно не представляет никаких затруднений. Однако всегда нужно помнить о возможности пищевого отравления, наличия аппендицита, холецистита.

Легкая форма рвоты (*emesis*) обычно не отражается значительно на общем состоянии беременной. При средней тяжести заболевания, когда рвота повторяется 10—12 раз в сутки, отмечается уже общая слабость, потеря веса, понижение диуреза, небольшая тахикардия, сухость во рту (или наоборот, повышенная саливация — птиализм), потеря аппетита. Чрезмерная рвота (*hyper emesis gravidarum*) представляет собой тяжелое заболевание, иногда приводящее к необходимости прервать беременность. Рвота наступает 20 и более раз в сутки, больная не хочет и не может есть, быстро истощается; снижается кровяное давление, развивается значительная тахикардия, ацетонурия, нередко протеинурия; язык сухой, потрескавшийся, обложенный; запах ацетона изо рта; температура тела становится субфебрильной; в особо тяжелых случаях появляется желтушное окрашивание склер и кожи, иногда бред, коматозное состояние.

Описаны, к счастью, редкие случаи развития на почве тяжелой рвоты полиневрита (А. П. Николаев, 1928). Полиневрит — это одна из самых тяжелых форм раннего токсикоза беременных. Если при чрезмерной рвоте имеет место явное перераздражение блуждающего нерва, то при полиневрите оно сменяется парезом п. *vagi*. Для этого заболевания характерны: слабость в конечностях, болезненность в них по ходу нервных стволов, особенно при надавливании прогрессирующая мышечная атрофия, угасание сухожильных рефлексов, быстрое распространение явлений с нерва на нерв, с мышцы на мышцу, явное нарушение функций печени, бульбарные симптомы, в редких случаях ряд нарушений высшей нервной деятельности и психики (так называемый Корсаковский психоз).

Лечение рвоты беременных в ее начальной стадии или вообще при легкой форме заболевания должно начинаться с госпитализации больной. Иногда этого одного, т. е. изъятия ее из обычной домашней обстановки, оказывается достаточным для излечения. Это объясняется тем, что нередко рвота беременных представляет собой не что иное, как невроз, возникший на почве образования патологического условного рефлекса. Устранение раздражителей, обусловивших или поддерживающих этот рефлекс, быстро ведет к его угасанию, т. е. к излечению. Разумеется, так бывает далеко не всегда, но попытаться оказать влияние на нервно-психическую сферу больной с помощью внушения, лучше гипносуггестии в каждом отдельном случае, безусловно, следует. К восстановлению нормального нервно-психического статуса, т. е. к урегулированию нарушенных взаимоотношений между корой головного мозга и подкоркой, направлено также лечение по Н. В. Кобозевой — бромом и кофеином.

Больной ежедневно вводят в вену 10 мл 10% раствора бромистого натрия с 300 мл аскорбиновой кислоты на 40% растворе глюкозы и под кожу 1 мл 10% раствора бензойнокислого кофеина (2 раза в день) в течение (при необходимости) 10—12 дней. Одновременно необходимо заботиться об улучшении и удлинении сна больной, давая ей внутрь или в микроклизме во второй половине дня (ближе к вечеру) дважды барбитал или нембутал (0,1 г), или люминал (0,05 г). Совершенно обязательно вести борьбу с голоданием, истощением, обезвоживанием. Необходима частая еда очень малыми порциями, блюда должны быть по вкусу больной. Следует делать питательные клизмы, если больная не удерживает пищу — капельные клизмы с большим количеством физиологического раствора или 5% раствора глюкозы. В более тяжелых случаях следует вводить внутривенно или подкожно 5% раствор глюкозы. Для избежания при этом болевых ощущений и для быстреего всасывания следует добавить к раствору глюкозы 64 ед. лидазы, растворенной в 5 мл 0,5% раствора новокаина.

В подавляющем большинстве случаев такое лечение быстро дает положительный результат.

Очень хороший эффект, даже в более тяжелых случаях, дает обычно аминазин. Можно применять внутрь в таблетках по 0,025 г 3 раза в день либо внутримышечно 1 мл 2,5% раствора аминазина вместе с 5 мл 0,25% раствора новокаина 1—2 раза в день, либо капельно внутривенно 1—2 мл 2,5% раствора аминазина в смеси с 500 мл 5% раствора глюкозы 1 раз в день, чередуя эти вливания с пероральным приемом аминазина в течение 7—8 дней (Л. С. Персианов).

Мы рекомендуем с той же целью новый препарат этаперазин в таблетках по 4 мл 2—3 раза в день.

В случаях средней тяжести и тяжелых можно испробовать спленин — безбелковый препарат, получаемый из селезенки крупного

рогатого скота (В. П. Комиссаренко). Спленин нормализует азотистый, белковый, минеральный обмен и повышает дезинтоксикационную функцию печени, снижает ацидоз. Вводят внутримышечно по 2 мл 1 или 2 раза в день в зависимости от состояния беременной, до 10—15 дней.

По имеющимся данным, спленин предотвращает переход заболевания в более тяжелые формы. Препарат не влияет отрицательно на течение беременности и на плод.

Есть указание (С. М. Беккер) на благоприятный эффект лечения дедалоном (венгерский препарат фирмы Рихтера, обычно рекомендуемый при Меньеровском синдроме, вестибуляторных расстройствах, морской болезни и пр.). Назначают 2—3 раза в день по 1 таблетке, содержащей 0,05 г. вещества.

Однако следует помнить, что предлагаемые в последнее время препараты не всегда в достаточной степени безопасны и безвредны в отношении их влияния на плод, который на ранних стадиях своего развития (органогенеза) особенно чувствителен ко всякого рода токсическим веществам. Так как при заболевании матери плод находится под двойным неблагоприятным влиянием (токсические вещества, связанные с токсикозом, и иногда токсическое действие лечебных средств), необходимо принимать профилактические меры против весьма возможной гипоксии плода. В этих целях можно рекомендовать систематическое обогащение организма матери кислородом, глюкозой и эстрогенами. Следует также поддерживать сердечную деятельность матери с помощью кардиазола или кордиаминна, т. е. систематически применять триаду Николаева в ее новой модификации.

В исключительно редких случаях особо тяжелого течения чрезмерной рвоты беременных или присоединения полиневрита беременность приходится прерывать путем операции искусственного аборта.

Главнейшими показателями особой тяжести течения рвоты являются: прогрессирующее падение веса тела, стойкое уменьшение суточного диуреза, ацетон в моче и запах его изо рта, тахикардия, повышение температуры, снижение артериального давления, уменьшающаяся частота рвоты и, в отдельных случаях, присоединение симптомов полиневрита. Если заболевание токсикозом не перешло определенных границ, в подавляющем большинстве случаев сразу же по опорожнению матки начинается выздоровление беременной.

Крайне редко встречаются такие формы раннего токсикоза беременных, как хорей, тетания, бронхиальная астма, тяжелые дерматозы (например, *impetigo herpetiformis*), желтуха, острая желтая атрофия печени. Последние две формы, как теперь установлено, являются различными стадиями болезни Боткина и по большей части (особенно вторая) требуют немедленного прерывания беременности.

Ввиду большой редкости и малого практического значения указанных форм токсикоза мы на них здесь не останавливаемся.

Поздние токсикозы. В отношении поздних токсикозов особую важность представляет вопрос наиболее ранней диагностики заболевания. Нужно помнить, что лечение токсикозов на самых ранних стадиях их развития, во-первых, дает наилучшие результаты, во-вторых, является профилактикой развития более тяжелых форм и, в частности, эклампсии.

Установлено (Р. А. Курбатова и Л. Ф. Рожнова), что если лечение начать позже 4-й недели от начала заболевания токсикозом, то преждевременные роды наблюдаются в 6 раз, эклампсия — в 5 раз, перинатальная смертность детей — почти в 8 раз чаще, чем у женщин, лечение которых было начато в первые 2 недели от начала заболевания.

В целях ранней диагностики необходимо в женских консультациях брать на особый учет тех беременных, которые особенно расположены к развитию позднего токсикоза (С. М. Беккер, В. Н. Хмельевский, Г. М. Салганник), т. е. пожилых первобеременных, особенно перенесших ранний токсикоз при настоящей беременности; беременных с наличием хронических заболеваний печени, желчных путей, почек; страдающих гипертонической болезнью, эндокринными расстройствами, гиповитаминозом С; перенесших в сравнительно недавнем времени острые инфекции, а также с многоводием и многоплодием.

Нужно обратить особое внимание на гипертоническую болезнь. О. Ф. Матвеева показала, что даже при I стадии (по Г. Ф. Лангу) этого заболевания поздний токсикоз возникает у 46,1%, а при II стадии — у 72,4% беременных.

Необходимо помнить, что, сочетаясь с предшествующей у беременной гипертонической болезнью, поздний токсикоз нередко выявляется на 20—24-й неделе беременности. Очень важно также знать, что поздний токсикоз часто возникает у женщин, которым в прошлом был удален один яичник; чем больше времени проходило после операции до наступления беременности, тем чаще развивался токсикоз. Так, если беременность наступала через 3—5 лет после удаления яичника, то у 50% таких женщин возникал токсикоз (Р. А. Курбатова).

Имеются также данные (О. Д. Кручинина) о том, что при обычной продолжительности ночного сна 7—8 часов (что для беременных нельзя считать достаточным) токсикоз имел место у 38% беременных, а при явно недостаточном сне (менее 7 часов) — у 70%. В то же время при сне свыше 8 часов токсикоз развивался только у 3% беременных. Эти наблюдения имеют весьма большое практическое значение и подтверждают кортикальный генез поздних токсикозов.

Измерение артериального давления крови. При выявлении ранних признаков поздних токсикозов вопрос о высоте артериального кровяного давления очень важен, но необ-

ходимо помнить, что нормальное или даже пониженное давление вовсе не исключают угрозы или наличия позднего токсикоза. Так, по нашим данным (В. К. Винницкая), среди беременных с развившимся токсикозом у каждой седьмой была гипотония, причем у четвертой части больных токсикозом при наличии пониженного артериального давления отмечена эклампсия. Отсюда ясно, что если по шаблону считать «угрожаемыми» в отношении эклампсии только тех беременных, у которых систолическое давление превышает 130 мм рт. ст., то у многих женщин начало позднего токсикоза легко просмотреть. Если у женщин до наступления беременности или в первом триместре ее систолическое давление было 80—90 мм, а диастолическое — 50—60 мм (выраженная гипотония), то давление 120/80 мм рт. ст. для нее является очень высоким. Повышение при беременности систолического давления на 50% по отношению к исходному уровню (как в данном примере) — это серьезная угроза тяжелого токсикоза, хотя в абсолютных цифрах уровня артериального давления (если не учитывать исходных величин) ничего патологического не усматривается. Поэтому всегда необходимо стараться выяснить уровень артериального давления до или в первые 3—4 месяца беременности и считать угрожающим подъем артериального давления по сравнению с исходным на 30% и более (Д. Ф. Чеботарев, С. М. Беккер, Т. М. Салганник, А. П. Николаев). Особое значение имеет нарастание диастолического и уменьшение пульсового давления, которое в норме равняется в среднем 40 мм рт. ст. Значительное уменьшение его свидетельствует о выраженном спазме артериол и является неблагоприятным симптомом. Даже незначительное повышение систолического давления при высоком диастолическом и низком пульсовом давлении, если они оказываются стойкими и, несмотря на лечение, нарастают хотя бы в ничтожной степени, следует рассматривать как показатель прогностически крайне неблагоприятный и сигнализирующий весьма вероятную угрозу эклампсии. Х. Морис считает, что повышение диастолического давления до 100 мм и более практически знаменует состояние преэклампсии.

Большое значение в диагностике и прогнозировании поздних токсикозов имеет измерение уровня височного (темпорального) артериального давления (С. П. Виноградова, А. Я. Братуцкий, Стерн-Бьюрнетт и др.), повышение которого свидетельствует о локальном спазме артериол в мозгу и о регионарном гипертенузе, что может вести к образованию зон церебральной аноксии и вызвать тяжелые мозговые явления вплоть до судорог. Значительное повышение височного давления может быть и при незначительном повышении брахиального давления, а иногда даже при нормальных цифрах последнего и является ранним признаком неблагоприятно развивающегося токсикоза.

Поэтому для целей диагностики, прогнозирования, профилактики, а также для оценки эффективности лечения темпоральное давление

необходимо измерять всегда наряду с определением высоты брахиального давления и, сопоставляя их величины, выводить темпорально/брахиальный коэффициент. В норме величина височного давления составляет половину брахиального, т. е. коэффициент темпорально/брахиального артериального давления равняется 0,5. Увеличение его выше 0,6 представляет весьма неблагоприятный признак в развитии любой формы позднего токсикоза. Измерение височного артериального давления и выведение указанного коэффициента как в женской консультации, так и в стационаре при обследовании беременных и рожениц, у которых подозревается токсикоз, совершенно обязательно.

Наконец следует сравнивать брахиальное давление на правой и левой руке. Рядом исследователей (И. П. Иванов и В. А. Голубев, О. Г. Баранова, С. М. Беккер) отмечено, что для поздних токсикозов характерно наличие асимметрии брахиального давления с разницей на правой и левой руке в 15—40 мм. Разница не свыше 10 мм *рт. ст.* — явление физиологическое.

Офтальмоскопия. Нарушение мозгового кровообращения при токсикозах обычно рано находит отражение в офтальмоскопической картине при исследовании глазного дна — в форме спазма артерий сетчатки (ангиопатия), приводящего к расстройству ретинального кровообращения и перикапиллярному отеку (В. Р. Крайчик, У. Х. Мусабейли и др.). Наряду с этим с помощью метода автокампиграфии определяется увеличение размеров слепого пятна и повышение артериального давления в центральной артерии сетчатки (А. Я. Братушик).

Если эти явления длительны, то в результате гипоксии развивается поражение зрительного нерва, что сопровождается нарушением функции глаза.

Однократное офтальмоскопическое исследование беременных с поздним токсикозом следует считать недостаточным, так как вышеуказанные изменения могут проявляться в виде кризов и с прекращением последних исчезать. Появление же их, почти как правило, совпадает с повышением височного артериального давления. Поэтому увеличение темпорально/брахиального коэффициента всегда должно служить показанием к тщательному офтальмоскопическому исследованию.

Нужно при этом помнить, что если наряду со значительным и стойким спазмом сосудов сетчатки определяются на ее периферии отечность и темные полосы, то все вместе взятое при стойкости указанных явлений следует рассматривать как возможную угрозу тяжелейшего осложнения — отслойки сетчатки, — для предотвращения которого необходимо своевременное прерывание беременности.

В женской консультации глазное дно у беременных при условии нормального артериального височного давления должно обследоваться 1 раз в 2 месяца начиная с 20-й недели беременности; сиг-

налом к внеочередному офтальмоскопическому исследованию служит повышение височно/брахиального коэффициента. Необходимость дальнейших исследований глазного дна определяется врачом родильного стационара, куда беременная с повышением артериального давления, разумеется, должна своевременно быть госпитализирована.

Контроль за весом тела. Одним из довольно постоянных симптомов развития позднего токсикоза является чрезмерное нарастание веса беременной во II и III трети беременности. Физиологической прибавкой веса к концу беременности считается 10—11 кг, в том числе на II треть приходится примерно 4,3 кг. Если в этот период прибавка веса составляет 2 кг сверх этой нормы, то частота токсикозов увеличивается вдвое по сравнению со средней их частотой (Томкинс и Уил, Хемлин, Берн и др.). Если же прибавка в весе продолжает превышать норму и в последней трети беременности, т. е. составляет более 360 г в неделю, то токсикозы встречаются у половины всех беременных. Однако абсолютные цифры прибавки веса не имеют решающего значения без учета величины первоначального исходного веса и роста женщины. Для более правильного суждения о норме и патологии прибавки веса тела женщины по пе-

Таблица 1

Шкала средней физиологической прибавки веса во II половине беременности в зависимости от роста и исходного веса беременной

Рост беременной в см	Исходный вес беременной в кг									
	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95
185				370	385	400	420	450	480	520
				1 480	1 540	1 600	1 680	1 800	1 920	2 080
180			355	365	380	395	415	445	475	515
			1 420	1 460	1 520	1 580	1 660	1 780	1 900	2 060
175		340	350	360	375	390	410	440	470	510
		1 360	1 400	1 440	1 500	1 560	1 640	1 760	1 880	2 040
170	325	335	345	355	370	385	405	435	465	505
	1 300	1 340	1 380	1 420	1 480	1 540	1 620	1 740	1 860	2 020
165	320	330	340	350	365	380	400	430	460	500
	1 280	1 320	1 360	1 400	1 460	1 520	1 600	1 720	1 840	2 000
160	315	325	335	345	360	375	395	425	455	
	1 260	1 300	1 340	1 380	1 440	1 500	1 580	1 700	1 820	
155	310	320	330	340	355	370	390	420		
	1 240	1 280	1 320	1 360	1 420	1 480	1 560	1 680		
150	300	310	320	330	345	360	380			
	1 200	1 240	1 230	1 320	1 380	1 440	1 520			

Примечания: числитель — средняя прибавка веса за неделю в г; знаменатель — средняя прибавка веса за месяц в г

риодам беременности следует пользоваться таблицей 1, предложенной Б. И. Школьниковом.

Исследования Б. И. Школьника показали, что симптомами, особенно настораживающими внимание врача в отношении угрозы развития токсикоза при повторных обследованиях беременных, являются следующие:

1) увеличение окружности нижней конечности в области голеностопного сустава более чем на 1 см в течение недели;

2) еженедельная прибавка веса более чем на 22 г на каждые 10 см роста или 55 г на каждые 10 кг исходного веса.

Понижение диуреза при чрезмерной прибавке веса служит дополнительным доказательством нарастания отека тканей, т. е. развития токсикоза. Систематическое взвешивание беременных на одних и тех же весах нужно производить с самого начала беременности, причем начиная с 20 до 30-й недели — 2 раза в месяц, а после 30-й недели — еженедельно.

Некоторые авторы (Р. Н. Hamlin, Николаев, Хмелевский) для суждения о развитии токсикоза большое значение придают отечности пальцев беременной. Если на 31—32-й неделе беременности ей приходится переодевать обычно носимое на среднем или безымянном пальце кольцо на мизинец, — это говорит за быстрое развитие отеков и сигнализирует об угрожающем токсикозе.

Исходя из наблюдений Р. Н. Hamlin, мы рекомендуем женским консультациям иметь набор алюминиевых колец разных размеров (по номерам). Определив номер кольца, свободно надеваемого, например, на средний палец правой руки, далее, при каждой явке беременной, нужно проверять тем же кольцом объем пальца и определять степень и быстроту развития его отечности, особенно после 30-й недели беременности. Необходимо подчеркнуть, что чрезмерное увеличение накопления жидкости в организме беременной является наиболее частым и ранним признаком возможного возникновения позднего токсикоза.

А л ь б у м и н у р и я. Альбуминурия, являющаяся результатом повышения проницаемости для белка клубочкового фильтра почек, рассматривается как один из важнейших симптомов развивающегося токсикоза. Такое функциональное нарушение почек в основном зависит от спазма почечных сосудов, нарушения их трофики и, следовательно, гипоксии почечной ткани. Имеет значение также сдвиг белковых фракций крови в сторону глобулинов и фибриногена.

Длительное существование этих, вначале чисто функциональных изменений, особенно нарушений кровообращения, трофики и влияние нарастающей гипоксии могут вторично привести к дегенеративным, дистрофическим повреждениям почек — сначала обратимым, а дальше и необратимым. Обнаружение при повторных исследованиях у беременной в моче, взятой катетером, белка свыше 0,1%₀₀ (по А. А. Лебедеву, С. М. Беккеру, Н. Л. Стоцик и Т. И. Ор-

ловой и др. даже $0,1^0/_{00}$) должно рассматриваться как патологический симптом. Предварительный анализ мочи на белок с помощью кипячения или пробы с азотной кислотой следует производить при каждом посещении беременной женской консультации, акушерско-фельдшерского пункта, особенно после 20—24-й недели беременности. При обнаружении белка в моче беременная сразу же должна быть направлена для более детального исследования мочи в лабораторию.

Исследования крови. Известное значение в диагностике, особенно для прогноза поздних токсикозов, имеют некоторые биохимические показатели крови. Так, уровень остаточного азота при более тяжелых формах находится на верхней границе нормы либо несколько превышает ее (больше 40—50 мг%). По-видимому, большое значение имеет содержание аммиака. Определение его в крови связано с большими трудностями. Однако, определяя амидный азот белков крови, можно судить о количестве связанного белками аммиака. А. И. Корнилова и Е. Р. Кратина установили уровень амидного азота у беременных с гипертензией равным 132—152 мг% (немного выше, чем у здоровых), в отдельных случаях до 200 мг%; у сердечно-сосудистых больных — 100—144 мг%; у беременных, у которых амидный азот достигал 175 и более мг%, развился поздний токсикоз. Поэтому указанные авторы считают, что у сердечно-сосудистых больных повышение амидного азота является одним из наиболее ранних предвестников токсикоза. Значительно возрастает содержание мочевой кислоты у беременных при токсикозах — до 6—6,5 мг% и выше при норме 2,5—5 мг%; Зелинский считает, что уровень мочевой кислоты, превышающий 6 мг%, почти всегда сигнализирует угрозу эклампсии. Резко повышается содержание аминокислот (особенно при тяжелой нефропатии) — 2—4 раза против нормы. Также значительно возрастает количество молочной кислоты — до 76 мг% при норме 16 мг% (Д. Ф. Чеботарев). Концентрация мочевины в крови чаще всего находится на нижней границе нормы (С. М. Беккер), что, возможно, объясняется поражением печени. Например, антитоксическая функция печени, по данным пробы Квика — Пытеля, значительно понижена (С. В. Кисин), при этом у беременных с поздним токсикозом после дачи внутрь 4 г бензойнокислого натрия количество выделяемой за 3 часа гиппуровой кислоты снижается до 0,4 г, при норме выделение ее составляет 1,65—3,85 г (С. М. Беккер). При нормальной беременности количество холестерина колеблется от 150 до 300 мг (Barzony, Venda и др.); при благоприятно протекающих формах поздних токсикозов холестерин обычно несколько нарастает; однако в тяжелых случаях количество его падает до 120, 90 и даже до 70 мг (Barzony). Такие низкие цифры холестерина свидетельствуют о значительном повреждении функциональных возможностей печени и являются угрожающими.

Очень важным показателем, особенно в отношении состояния плода, при токсикозах служит содержание эстрогенных гормонов

в моче беременной. Наибольшее значение имеет уровень эстриола, так как, по данным современных авторов (Ten Berge, Pigead, Towchtoon, Kotasek, Н. А. Панченко и Б. П. Преварский, Т. Д. Фердман и других), возникновение угрозы внутриутробной гибели плода при токсикозе или гипертонической болезни у матери всегда сопровождается резким падением эстриола. Так, по Ten Berge, Pigead, цифры ниже 10 000 γ эстриола указывают на реальную опасность для плода. Kotasek в таких случаях находил количество эстриола ниже 11—12 мг % (в норме на последней неделе беременности — 19 мг %).

Все сходятся на том, что такое снижение эстриола является следствием дегенеративных изменений в плаценте (ворсин). Повторные определения эстриола при поздних токсикозах являются ценным показателем состояния плода.

Наряду с этим о состоянии внутриутробного плода, за которым, особенно при длительном течении токсикозов, необходимо систематическое и весьма тщательное наблюдение, можно судить помимо обычной аускультации сердцебиения по другим более объективным исследованиям. Так, с помощью оксигеметрии определения насыщенной артериальной крови матери кислородом установлено (А. И. Булавинцева, А. Я. Братушик и др.), что снижение уровня кислорода ниже условной нормы (96%) более чем на 16—20% неизбежно влечет за собою наступление асфиксии плода.

О наступающем неблагополучии в состоянии плода легко можно также судить по данным фонокардиографии, с помощью которой визуально и графически регистрируются изменения силы и продолжительности звучания сердечных тонов плода, продолжительность систол и диастол, расщепление тонов, появление экстрасистол, шумов и пр. (Л. С. Персианинов, Т. В. Червакова, И. В. Ильин, А. В. Гутман и Е. С. Стальненко и др.).

Нужно помнить, что поздние токсикозы являются одной из наиболее частых причин внутриутробной асфиксии плода и перинатальной смертности. Поэтому постоянное наблюдение за состоянием плода в течение заболевания и лечения токсикозов совершенно обязательно.

Приводим основную симптоматику наиболее часто встречающихся форм поздних токсикозов.

Водянка и даже скрытые отеки у беременных нередко являются предшественниками последующих более серьезных проявлений позднего токсикоза и с этой точки зрения заслуживают самого пристального внимания врача, так как своевременное лечение легких форм токсикоза является профилактикой развития более тяжелых.

Легкие формы отечности (пастозность лодыжек, лица) зависят обычно от застойных явлений в сосудистой системе и повышенной проницаемости стенок капилляров. При этом функция почек, как правило, не нарушена. Некоторое уменьшение диуреза все же имеет место, и количество выделяемой мочи обычно бывает меньше количества поглощенной (во всех видах) жидкости. Состав мочи при не-

которых формах водянки остается нормальным и общее состояние беременной остается ненарушенным. Так как, с одной стороны, водянка беременных примерно в 20% случаев является лишь I стадией токсикоза и, развиваясь далее, переходит в более тяжелые формы заболевания (нефропатия, преэклампсия), а с другой стороны, может быть симптомом таких экстрагенитальных заболеваний, как нефрит или сердечно-сосудистые заболевания, то необходимо путем дифференциальной диагностики исключить эти заболевания. Здесь может оказаться полезной таблица 2 (по Г. М. Салганнику).

Для дифференциальной диагностики нефропатии от водянки служат характерные симптомы нефропатии, наблюдаемые чаще всего в виде триады: отеки, альбуминурия, гипертония. Нередко, особенно в начальных стадиях нефропатии, могут наблюдаться лишь два (в любом сочетании) из указанных симптомов. Но и этого обычно достаточно для диагноза. Общее состояние беременных при водянке мало нарушается.

Альбуминурия может достигать высоких цифр — до 20% и более: в одном случае (благополучно закончившемся) мы наблюдали у больной 47% белка в моче. Однако наличие даже 1—2% белка свидетельствует о патологии, и если оно сочетается хотя бы с одним из двух остальных (отеки, гипертония) симптомов, можно ставить диагноз начинающейся нефропатии.

Фильтрационная и концентрационная способности почек при нефропатии обычно не вызывают существенных изменений, и задержка воды в организме связана, по-видимому, не с нарушением выделительной функции почек, а с расстройством водно-солевого обмена, задержкой солей натрия, усиленной функцией коры надпочечников и с повышенной проницаемостью сосудистых стенок. Форменные элементы при легких степенях нефропатии обнаруживаются в моче в незначительном количестве. Значительные степени альбуминурии с большим количеством цилиндров, появление в моче эритроцитов свидетельствуют о серьезном функциональном поражении почек.

Гипопротеинемия с заметным сдвигом белковых фракций в сторону глобулина, уменьшение альбумин-глобулинового коэффициента до 08—07, снижение количества сульфгидрильных групп белков (ниже 15 мк мол.), повышение в крови содержания мочевой кислоты (выше 5 мг%) наряду с ухудшением общего состояния и появлением мозговых симптомов (головная боль, расстройство зрения, «мухи», туман перед глазами) неопровержимо свидетельствуют о прогрессировании заболевания, т. е. о переходе нефропатии в более тяжелую стадию и об угрозе возникновения преэклампсии и эклампсии. При тяжелых формах нефропатии патолого-анатомические изменения в почках заключаются в дегенеративных процессах в системе прямых и извитых канальцев, что отличает это заболевание от гломерулонефрита, когда наряду с дегенеративными изменениями имеются также воспалительные явления как в канальцах, так и в

Основные симптомы наиболее часто встречающихся форм поздних токсикозов

Заболевание	Начальная локализация	Поражение серозных оболочек	Гипертрофия левого желудочка	Кровяное давление	Белок в моче	Детоксикация сердца	Данные анамнеза
Водянка беременных	На ногах (голенях)	Бывает редко	Отсутствует	Нормальное	Отсутствует или незначительные следы	Отсутствует	Заболевания почек и сердца не отмечается
Отеки при нефритах	На лице	Бывает часто	Имеется в той или иной степени	Повышенное	Имеется в большем или меньшем количестве	Обычно не наблюдается	Отмечается острый нефрит, а также частые инфекционные заболевания
Отеки сердечные	На ногах (лодыжках)	Бывает часто	В зависимости от формы и стадии заболевания, выражена или отсутствует	Большой частью не повышенное	Отсутствует или имеются незначительные следы	Имеется	Отмечаются заболевания сердца

Данные при хроническом нефрите

Заблевание	Заблевание почек в анамнезе	Гипертрофия сердца	Ретинит	Артериальное давление в мм рт. ст.	Моча, количество ее	Остаточный азот крови, количество его
Хронический нефрит	Имеется	Имеется	Часто отмечается альбуминурический ретинит	Часто достигает 200	Количество нормально или несколько увеличено. Отмечается альбуминурия	Часто более 50 мг%
Нефропатия	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует	Редко бывает более 180	Количество уменьшено. Отмечается альбуминурия	Редко более 40 мг%

клубочках. При этом в канальцах содержатся гиалиновые и зернистые цилиндры.

При диагностировании нефропатии необходимо путем тщательного собирания анамнеза и клинического обследования исключить возможность наличия хронического нефрита. Некоторую помощь при этом может оказать таблица 3 (по Г. М. Салганнику.)

Чем раньше в течении беременности появляется нефропатия, тем хуже предсказание для матери и плода. Длительное течение нефропатии часто ведет к гипотрофии внутриутробного плода, а нередко — к его гибели, вследствие ухудшения маточно-плацентарного кровообращения и нарушения (в сторону уменьшения) продуцирования плацентой эстриола-гормона, в значительной мере определяющего жизнеспособность плода. Своевременное выявление наступающей угрозы жизни плода с помощью физиокардиографии и повторного определения эстриола иногда ставит врача перед необходимостью прерывания беременности (при сроке ее 36—38 недель) в целях спасения плода.

Если нефропатия не выявлена своевременно и быстро развивается или если синдром описанных выше клинических и патологоанатомических изменений прогрессирует, несмотря на лечение, и общее состояние беременной ухудшается, происходит повышение артериального давления, особенно диастолического, увеличение количества белка в моче, уменьшение диуреза и особенно усиление мозговых симптомов, появление болей в подложечной области, — следует ставить диагноз преэклампсии и иметь в виду возможность в любую минуту перехода ее в эклампсию. Нужно помнить, что нередко появление первого судорожного эклампсического припадка провоцируется неожиданным действием какого-либо сильного внешнего раздражителя (сильный свет, резкий стук, крик соседней роженицы, холодное раздражение, боль, например, при лечебной инъекции, сильная отрицательная эмоция и т. д.).

Припадок обычно начинается мелкими подергиваниями мышц лица, верхних конечностей (часто некоординированные движения), поворотом глазных яблок в одну сторону, подергиванием век. Затем следует стадия тонических судорог — тетанус всех мышц тела, в том числе дыхательной мускулатуры, в связи с чем дыхание становится прерывистым, хрипящим, а затем и прекращается; возникает цианоз лица. Далее, после глубокого вдоха, наступает стадия клонических судорог всего тела, выделяется пена изо рта, иногда отходит моча, кал. Через 1—2 минуты от начала припадка судороги прекращаются, дыхание возобновляется и упорядочивается, вся мускулатура расслабляется, сознание либо восстанавливается, либо еще некоторое время отсутствует. Нередко во время припадка повышается температура, зрачки не реагируют на свет. Число припадков варьирует от одного до многих десятков; в одном случае у больной было 207 припадков (С. М. Беккер).

Пожалуй, нет ни одного органа, ни одной ткани, функции ко-

торых не страдали бы при выраженной эклампсии, причем нередко наступают и морфологические повреждения их. Нервно-психические расстройства, расстройства органа зрения, иногда с полной потерей его (амавроз), правда, в большинстве случаев временной, ретиниты, в особо тяжелых случаях отслойка сетчатки, азотемия, глубокие нарушения функции почек, сопровождающиеся иногда анурией, отеки III—IV степени, нарушения функции печени, сердечно-сосудистой системы и прочие — нередко сопровождают заболевание беременных — эклампсию.

Артериальное кровяное давление достигает, а в отдельных случаях даже превышает 200—250 мм рт. ст., причем диастолическое доходит до 150 мм рт. ст. и выше. Также весьма высоких цифр достигает давление спинномозговой жидкости, что связано с отеком мозга и повышением внутричерепного давления.

Нередко после одного-двух припадков состояние больной под влиянием проводимого лечения (аминазин, серноокислая магнезия, кислород, новокаин, дибазол и прочих) улучшается, припадки прекращаются и, если происходит родоразрешение или внутриутробная смерть плода, обычно более не возобновляются.

В тяжелых случаях эклампсии иногда наблюдаются тяжелые осложнения: тяжкие ранения языка (прикусы), отек легких либо бронхопневмония, кровоизлияние в мозг, отслойка сетчатки глаза, отслойка нормально расположенной плаценты, что сопровождается обильным кровотечением, и пр.

Частота эклампсии, по различным статистическим данным, встречается от 0,18 до 2,2% (Г. А. Ловачева) ко всем родам.

Материнская смертность от эклампсии колеблется в пределах от 1,8 до 5,5%. Перинатальная смертность детей составляет от 13,7 до 18,9% (Беккер).

Следует помнить о так называемой бессудорожной форме эклампсии. Это весьма редкая и чрезвычайно тяжелая форма, дающая до 90% материнской и до 100% антенатальной смертности. Картина заболевания весьма своеобразная. Беременная обычно жалуется на сильную головную боль, потемнение в глазах. Неожиданно наступает слепота (амавроз), и больная впадает в коматозное состояние при весьма высоком артериальном давлении. Подобный случай описан нами в 1928 г. с исходом выздоровления, после срочно произведенного больной кесарева сечения с извлечением живого ребенка.

Лечение. Что касается лечения поздних токсикозов, то оно должно быть в основном патогенетическим, так как, несмотря на некоторое разнообразие клинических форм, патогенез поздних токсикозов один, хотя и слагается из отдельных компонентов. Однако эти компоненты отличаются друг от друга при различных формах не природой своей, а лишь степенью выраженности. Иногда какая-либо из них отсутствует вовсе.

Основных патогенетических компонентов пять:

1) нарушение нормальных нейродинамических процессов (их силы и взаимоотношений) в высших отделах центральной нервной системы; 2) артериоло- и капиллярспазм; 3) гипертония; 4) гипоксемия и гипоксия; 5) нарушение всех видов обмена веществ (главным образом белкового и водно-солевого).

К нормализации всех этих нарушений и должно быть направлено лечение. При этом необходимо помнить, что лечение более легких форм токсикозов является наилучшей профилактикой развития более тяжелых форм, в том числе эклампсии. Поэтому оно должно быть современным, рациональным, эффективным и проводиться обязательно в условиях стационара.

Поскольку при любых формах поздних токсикозов в большей или меньшей степени страдает (и притом первично) центральная нервная система, то главное в лечении токсикоза — охранительное торможение клеток мозга, которым угрожает повреждение и гибель. Достигается оно с помощью строго лечебно-охранительного режима: постельное содержание, покой, тишина, тепло, уменьшенное освещение в палате (днем шторы, вечером синий свет), отсутствие всяких эмоциональных, в частности болевых раздражителей. При тяжелых формах токсикозов почти всегда имеет место в виде приспособительной (защитной) реакции организма естественное охранительное торможение в коре. Но обычно оно недостаточно, так как при действии даже самого слабого раздражителя (свет, звук, холод, боль) может наступить сильнейшая реакция, вплоть до судорожного приступа. Следовательно, необходимо, во-первых, устранить самую возможность внешнего раздражителя и, во-вторых, углубить тормозное состояние коры, т. е. усилить охранительное торможение. В острых случаях этого можно достичь с помощью внутримышечного введения под общим эфирным наркозом 24 мл 25% раствора сернокислой магнезии. Перед введением магнезии следует ввести 200 000 МЕ пенициллина, разведенного в 2—3 мл 0,5% раствора новокаина и через ту же иглу ввести указанное количество магнезии. Сернокислую магнезию 30 мл 10% раствора на 30—50 мл 40% раствора глюкозы можно вводить и внутривенно, очень медленно. Эффективность при внутривенном применении выше, чем при внутримышечном. Внутривенное введение сернокислого магния рекомендуется как первоначальное быстродействующее средство (1—2 раза с промежутком в 4—5 часов); далее следует переходить на внутримышечные инъекции. Необходимо внимательно следить за дыханием, в случае угрожающих явлений (аритмичное, поверхностное, прерывающееся дыхание) немедленно под кожу ввести камфарное масло, а в вену — 10 мл 10% раствора хлористого кальция, который нужно всегда иметь наготове.

Сернокислый магний — превосходное мягкое наркотическое, противосудорожное, спазмолитическое средство; оно обладает к тому же диуретическими свойствами, несколько обезвоживает ткани, уменьшает отек и возбудимость головного мозга. В тяжелых слу-

чаях магнeзию следует вводить в указанных количествах внутримышечно, через каждые 6 часов, т. е. 4 раза в сутки.

Ввиду болезненности применения магнeзии, особенно при длительном пользовании ею, многие в настоящее время предпочитают, тем более в острых случаях, внутривенное введение аминазина (Л. С. Персианинов) 2 мл 2,5% раствора аминазина в одном шприце с 50 мл 40% раствора глюкозы вводить 2 раза в день; вводить очень медленно. После введения аминазина большая должна находиться в горизонтальном положении не менее 3 часов, во избежание ортостатического коллапса.

Острыми мы называем такие случаи заболевания, когда главные симптомы токсикоза резко выражены: высокое артериальное давление, особенно диастолическое, с непропорциональным повышением темпорального (индекс выше 0,7); значительные отеки; сильная головная боль; расстройство зрения («туман», мелькание, «молнии», «мухи» перед глазами); возбуждение, беспокойное или, наоборот, ступорозное состояние; боль в подложечной области; иногда тошнота и рвота; при офтальмоскопии — резко выраженная ангиопатия, заметное увеличение слепого пятна. Подобное состояние трактуют как тяжелую преэклампсию, и необходимо принять все меры к тому, чтобы она не перешла в эклампсию, т. е. чтобы не возникли приступы судорог.

К описанным выше лечебным мероприятиям нужно добавить: обильное снабжение организма большой кислотой, пиявки на соседние отрезки (по 3—4 с каждой стороны), внутримышечное введение 1 мл 5% раствора папаверина и 2 мл 2% раствора дибазола. Папаверин расширяет сосуды мозга, повышает поглощение мозгом кислорода, дибазол вызывает расширение сосудов почек и усиливает диурез; расширяя в то же время плацентарные сосуды, он способствует улучшению кровоснабжения плода, для которого при описанном выше состоянии матери всегда создается очень большая угроза асфиксии. Наряду с дачей кислорода следует 2—3 раза в сутки внутривенно вводить больной 100 мл 40% раствора глюкозы с 300—400 мг аскорбиновой кислоты, что очень важно в борьбе с гипоксией как матери, так и плода.

Значение массивных внутривенных вливаний глюкозы, особенно в сочетании с аскорбиновой кислотой, огромное. Они эффективно повышают диурез, вытесняют из тканей хлориды, способствуя этим уменьшению отеков, уменьшают проницаемость сосудов, нередко снимают или облегчают мозговые явления, питают клетки мозга, повышают его выносливость к кислородному голоданию, улучшают антиоксидантную функцию печени, благотворно влияют на газообмен, на миокард и т. д.

Пиявки можно ставить повторно 2—3 раза, с промежутками в 4—5 дней. Помимо уменьшения головной боли, снижения темпорального давления (за счет уменьшения отека мозга, улучшения мозгового кровообращения), улучшения сна, общего состояния ги-

рудин, поступивший в кровь больной, уменьшает повышенную при токсикозе коагулирующую способность крови, предупреждает образование тромбов, кровоизлияний, плацентарных инфарктов. Мы горячо рекомендуем практическим врачам этот простой и весьма полезный компонент в системе других методов лечения при тяжелых формах токсикозов. С той же целью при отсутствии пиявок можно использовать чехословацкий препарат пелентан по 1 таблетке в течение 3—4 дней под контролем исследования крови на протромбин (индекс не должен снижаться более чем до 80). Однако, если роды ожидаются в ближайшие дни или часы, от обоих этих методов лечения следует воздержаться из-за опасности чрезмерно резкого понижения свертываемости крови и повышенной кровопотери в родах.

Если беременная доставлена в стационар с приступами судорог (эклампсия) или если они возникли уже после поступления больной, необходимо проводить лечение по схеме Д. П. Бровкина.

Сразу же после окончания припадка (происшедшего дома или в карете скорой помощи) больной под эфирным наркозом вводят внутримышечно 24 мл 25% раствора сернокислого магния, как описано выше (на фоне пенициллина и новокаина). Эта манипуляция повторяется 4 раза через каждые 4 часа; затем делают перерыв на 12 часов, а на вторые сутки все повторяют снова в том же порядке. Если припадки прекращаются и общее состояние улучшается, на 3-й и 4-е сутки сернокислый магний в той же дозе вводят лишь по 2 раза в сутки.

Это не исключает также применения всех вышеописанных средств и мероприятий: аминазин внутривенно, кислород, глюкозу с аскорбиновой кислотой, папаверин, дибазол и прочие. Если больная в полном сознании и свободно глотает, папаверин (по 0,05—0,1 г) и дибазол (по 0,05 г) можно давать внутрь, а также добавить еще люминал по 0,15 г 2 раза в день к вечеру.

В особо тяжелых случаях эклампсии с нарастанием мозговых симптомов показана спинномозговая пункция с выпуском 30—50 мл жидкости.

Если все описанные выше средства остаются безрезультатными, состояние больной ухудшается, припадки судорог не прекращаются, и особенно если при выслушивании ее обнаруживаются в нижних долях легких хрипы, предвещающие отек легких, необходимо произвести кровопускание 300—400 мл, с последующим введением в вену через ту же иглу 100 мл 40% раствора глюкозы с 300 мг аскорбиновой кислоты. Однако без особой необходимости прибегать к кровопусканию не следует, так как, во-первых, в результате него еще более усиливается состояние гипоксии организма как матери, так и плода; во-вторых, неизвестно, какой будет кровопотеря при предстоящих родах, суммирование потерянной с количеством извлеченной при кровопускании крови нередко еще более утяжеляет состояние больной.

Креспускание не следует предпринимать при низких цифрах

гемоглобина и артериальном давлении ниже 150/100 мм рт. ст., за исключением случаев, где имели место низкие исходные цифры артериального давления (гипотония). В процессе кровопускания необходимо повторно измерять давление (на второй руке); не нужно добиваться снижения систолического давления больше чем на 30—40 мм рт. ст.

Тяжелую степень нефропатии можно рассматривать как преэклампсию, и поэтому лечить ее следует, как выше описано, не прибегая, однако, к таким мерам, как спинномозговая пункция, кровопускание и даже как внутривенное введение сернокислого магния.

При средних и легких степенях нефропатии рекомендуется начинать лечение с внутривенного вливания 50 мл 40% глюкозы с 1 г бромистого натрия и 300 мг аскорбиновой кислоты; внутрь — дибазол и папаверин. При значительных отеках — 5% раствор хлористого аммония по 1 столовой ложке 3 раза в день или фонурит по 0,25 г в таблетках 1 раз в день (М. А. Петров-Маслаков, С. М. Беккер).

Такое же лечение применяют при водянке беременных. При всех формах токсикозов очень важно правильное питание больных: ограничение жидкости (в зависимости от степени отеков — до 500 мл в день, желательны в виде молока и фруктовых соков); достаточное количество белка (до 2 г на 1 кг веса при условии повышения более чем до 50 мг% остаточного азота в крови), в основном в виде творога и отварных рыбы и мяса, ограничение жиров, 500—600 г углеводов; мед, витамины. Целесообразно 1 раз в 10 дней, учитывая функциональные нарушения при токсикозах печени и почек, проводить разгрузочные дни: 400 г творогу, 400 г фруктов или ягод, 200 г сахару или меду и 1 стакан слабого чаю (Н. К. Кулиева и Г. Г. Педанов).

При наличии азотемии, высокой гипертензии, значительных отеков разгрузочные дни можно назначать 2 раза в 10 дней.

Лечение в каждом отдельном случае должно быть строго индивидуализировано в зависимости от формы и стадии заболевания, состояния больной. Врач, наблюдающий больную и хорошо знающий основные принципы как патогенетического, так и симптоматического лечения при поздних токсикозах, сам должен выбирать наиболее подходящие при данном случае средства.

Однако мы считаем, что необходим единый «фон» при различных формах позднего токсикоза. Он складывается из следующих обязательных компонентов: 1) своевременная (ранняя) госпитализация, 2) тщательно и строго соблюдаемый лечебно-охранительный режим, 3) повторные массивные введения в вену гипертонического раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой, 4) оксигенотерапия и обилие свежего воздуха в палате, 5) удлиненный сон (с помощью умеренных доз барбитала или люминала), 6) бессолевая диета с достаточным содержанием белка и витаминов.

На этом «фоне» проводится уже специальная терапия в зависимости от состояния больной.

Нет сомнения, что консервативный метод ведения беременности и родов при поздних токсикозах, включая, эклампсию, является самым рациональным.

Прерывать беременность нужно только тогда, когда имеются жизненные показания со стороны матери: угрожающая или начавшаяся отслойка сетчатки, амавроз, отслойка плаценты, прогрессирующая олигурия или анурия; тяжелые формы нефропатии или преэклампсии, если, несмотря на все лечение, включая даже кровопускание и люмбальную пункцию, состояние больной несколько не улучшается в течение 4—5 дней; непрекращающиеся, несмотря на лечение, припадки эклампсии; сочетание токсикоза с серьезным сердечно-сосудистым заболеванием; угроза кровоизлияния в мозг; длительное коматозное состояние больной (бессудорожная форма эклампсии); значительные степени сужения таза.

При этом нужно учитывать, что при тяжелом токсикозе, развившемся на 32—35-й неделе беременности и не поддающемся лечению, существующая тенденция «откладывать» со дня на день прерывание беременности в надежде, что плод «подрастет» и будет более жизнеспособным, или на основании того, что сердцебиение плода не внушает в данный момент опасений, очень часто себя не оправдывает. В подобных случаях мы рискуем состоянием матери, так как длительность токсикоза иной раз опаснее тяжести его, и мы не только ничего не выигрываем в отношении плода (известно ведь крайне медленное развитие плода при токсикозах, особенно сочетающихся с гипертонической болезнью), но нередко его теряем (вследствие, например, ишемии, инфаркта, отслойки плаценты).

Некоторые авторы (Leksson) не без основания считают, что консервативное лечение при токсикозах благоприятно действует на плод до 35-й недели и что до этого срока прерывать беременность допустимо лишь в исключительных случаях, по экстренным показаниям со стороны матери. После 37-й недели, если лечение не оказывает явного благоприятного влияния на общее состояние матери, частота антенатальной гибели плода возрастает вдвое.

Мы в настоящее время располагаем достаточно точными объективными методами определения состояния внутриутробного плода: фонокардиографией, определением в моче матери эстриола и цитологическим исследованием влагалищных мазков. Только на основании данных этих исследований в сопоставлении с неблагоприятным течением токсикоза у матери можно приступить к искусственному прерыванию беременности, и врач здесь обязан произвести это своевременно и наиболее бережным для матери и плода способом.

РЕЗУС-ФАКТОР И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ В АКУШЕРСТВЕ

Учение об изосерологической несовместимости крови матери и плода начато в 1940 г., когда с открытием резус-фактора (K. Landsteiner, A. Winer) у обезьян рода *macacus rhesus* была установлена причинная связь заболевания как плода, так и новорожденного.

Специально проведенными исследованиями было доказано, что сыворотка крови кроликов, которым вводили эритроциты указанных пород обезьян, приобретает новые качества: она агглютинирует эритроциты не только обезьян, но и людей, независимо от их групповой принадлежности. Было также доказано, что у 85% людей кровь резус-положительная и лишь у 15% — резус-отрицательная.

Резус-фактор — дополнительный фактор крови, причем главной его особенностью является ярко выраженная способность к изоиммунизации. Резус-фактор крови распределяется одинаково как среди взрослых, так и среди новорожденных (Т. Е. Ичаловская, М. А. Умнова). Доказано, что резус-фактор не связан с полом, возрастом и принадлежностью по системам АВО и MN. Резус-фактор находится в строме эритроцитов человека. Оптимальной температурой для его определения является 35—45° С. Инактивируется резус-антиген при температуре 63° С и выше. Резус-антиген устойчив к низким температурам и не разрушается при повторном замораживании, однако неустойчив при высушивании крови.

Резус-фактор — индивидуальное свойство эритроцитов человека, которое передается по наследству.

Различают более 288 типов резус-фактора, но в практическом отношении имеют значение три основных типа его, в зависимости от различного процента реакций агглютинации с эритроцитами: Rh₀ содержится в эритроцитах 85% людей, Rh_I — 70% и Rh_{II} — 30%. Указанные антигены находятся в эритроцитах людей вместе или порознь в различных сочетаниях, образуя разновидности резус-фактора. Таких разновидностей насчитывается восемь.

В настоящее время установлено, что при наличии у беременной резус-отрицательной крови, а у ее плода — резус-положительной может возникнуть резус-конфликт. Изоиммунизация матери эритроцитами плода ведет к образованию резус-антител, которые проникают через плацентарный барьер к плоду. Антигенное несоответ-

ствие между кровью матери и плода служит причиной возникновения гемолитической болезни. При такого рода состояниях резус-антитела, попадая к плоду, вызывают гемолиз его эритроцитов.

Установлено, что иммунизация может возникнуть не только при беременности, но и при введении резус-положительной крови резус-отрицательному реципиенту. Изосенсибилизация возникает независимо от метода введения резус-положительной крови: внутривенно, внутримышечно, подкожно или в виде гемотранфузии.

Согласно исследованиям Ж. Доссе, на поверхности эритроцитов человека имеется еще целый ряд антигенов (28) кроме резус-антигена. Все эти 28 антигенов могут быть распределены по таким антигенным системам: АВО, Льюис, MNS, резус, Келл-Келлано, Даффи, Кидо, Лютеран.

По данным того же Ж. Доссе, число сочетаний этих антигенов может достигнуть 200 000, однако практическое значение в возникновении гемолитической болезни плода и новорожденного имеют изосерологическая несовместимость крови по резус-фактору, а также несовместимость крови матери и плода по системе АВО.

Гемолитическая болезнь, вызванная АВО-несовместимостью, наиболее часто отмечена у детей при наличии А (II) или В (III) групп крови, а у их матерей — 0 (I) группы крови (В. А. Таболин, М. И. Дудник, Р. Rosenfeld, Л. В. Тимошенко и др.). В подобных случаях антитела — агглютинины крови матери α и β могут блокировать эритроциты плода.

Следует указать, что к системе резус-фактора относится также открытый в 1942 г. Levine и Savert фактор Hg, который с резус-фактором составляет так называемую систему Rh—H. Согласно наблюдениям отечественных (М. И. Дудник, М. А. Умнова с соавторами и др.), а также зарубежных (Д. Grossman и др.) авторов, беременные с резус-положительной кровью при отсутствии у них фактора H, и наличии его у плода могут быть к нему сенсибилизированы, что может обусловить развитие гемолитической болезни.

Известны следующие пути изоиммунизации матери.

Первый путь — поступление резус-положительных эритроцитов плода в кровотоки резус-отрицательной матери (рис. 1).

Ряд исследователей придает значение повторности введения антигена в кровь матери на протяжении длительного времени (Levine, Г. П. Полякова и др.). Принято считать, что иммунизация беременных начинается с 3—4-го месяца внутриутробного развития плода, т. е. с момента дифференциации резус-фактора в крови плода. Попавшие в кровотоки матери через плаценту резус-положительные эритроциты плода вызывают образование специфических антител (антирезус), которые в дальнейшем, проникая к плоду, вызывают агглютинацию его эритроцитов, что и обуславливает возникновение одной из форм гемолитической болезни новорожденных (желтушной, анемической или отечной) или, в ряде случаев, внутриутробную смерть плода.

Второй путь иммунизации организма резус-отрицательной женщины — введение ей крови резус-положительного донора (внутривенно, внутримышечно и т. д.). Такая сенсibilизация, вызванная введением резус-положительной крови, сохраняется долгие годы и уже при первой беременности обеспечивает повышенную выработку организмом матери резус-антител, что обуславливает раннее возникновение гемолитической болезни (С. П. Виноградова, Г. П. Полякова, Т. Г. Соловьева с соавторами, Л. В. Тимошенко с соавторами, Levine и др.).

Указанные данные настоятельно свидетельствуют, что надо весьма осторожно относиться к переливанию крови у женщин детородного возраста, и особенно у девочек. Надо признать абсолютно противопоказанным введение крови девочке без определения Rh-фактора, учитывая ее будущее материнство.

Следовательно, механизм возникновения гемолитической болезни новорожденных можно представить следующим образом:

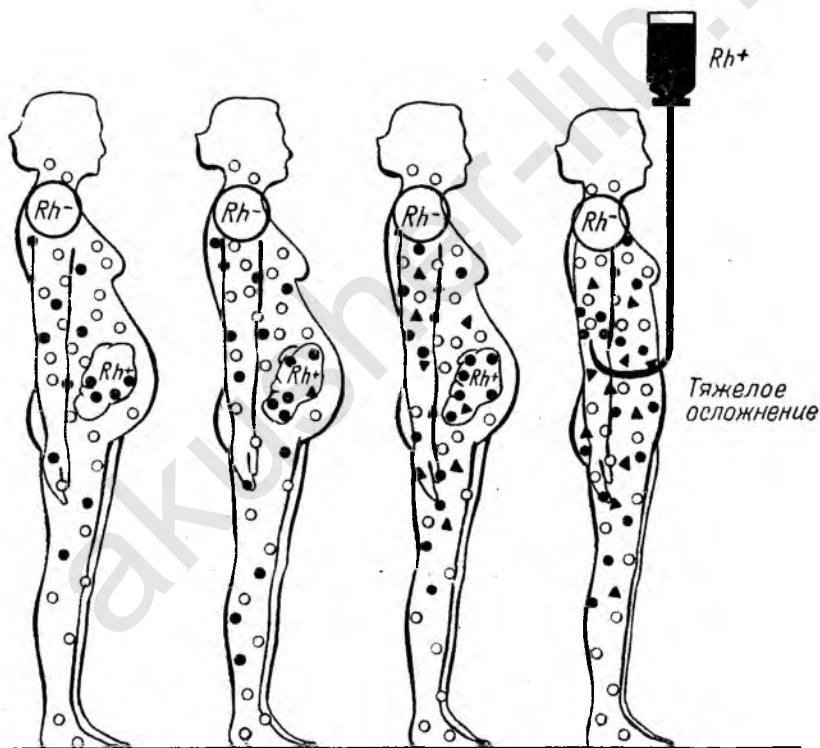


Рис. 1. Изоиммунизация резус-фактором при повторных беременностях

- — резус-отрицательные эритроциты реципиента;
- — резус-положительные эритроциты плода;
- ▲ — резус-антитела.

а) кровь матери не содержит резус-фактора, а последний имеется в эритроцитах ее развивающегося плода; б) резус-фактор (антиген) плода попадает через плаценту в кровотоки матери и вызывает выработку резус-антител; в) специфические, образовавшиеся в организме матери резус-антитела (в ответ на попадание резус-антигена) попадают в кровотоки плода и вызывают разрушение его эритроцитов; г) изоиммунизация организма матери и образование специфических резус-антител.

Перечисленные факторы обуславливают возникновение одной из форм гемолитической болезни или внутриутробную смерть плода.

Возникновение гемолитической болезни у плода или новорожденного может наступить при сочетании всех факторов, о которых говорилось выше. Вместе с тем даже при наличии у беременной резус-отрицательной крови гемолитическая болезнь у ее плода и новорожденного не всегда развивается. По наблюдениям Bienkiewicz (1959) и других исследователей, при наличии условий для возникновения болезни она не проявляется в 8,3—15% всех беременностей, а при групповой несовместимости — в 20—70% (Я. О. Добринский, К. Г. Соколова и др.).

При наличии всех условий для возникновения изосенсибилизации последняя проявляется только у 1,4% беременных, а гемолитическая болезнь плода и новорожденного возникает еще реже — в 0,1—0,7% всех случаев изосенсибилизации. В клинической практике проявление гемолитической болезни наблюдается у одной из 20—25 беременных с Rh-отрицательной кровью. В тех же случаях, когда плод унаследовал группу крови матери, а также у первобеременных, не сенсибилизированных к Rh-фактору (если им не вводили резус-положительную кровь донора), дети обычно рождаются здоровыми.

Известно, что изоиммунизация организма матери к Rh-фактору возникает при проникновении в ее кровотоки небольшого количества Rh-положительных эритроцитов плода. В этом отношении повторность такого проникновения (при последующих беременностях) играет существенную роль. Поэтому гемолитическая болезнь новорожденных возникает значительно чаще у детей, родившихся от последующих беременностей, и почти не возникает у первенцев. В связи с этим желательным применением контрацептивов у женщин с резус-отрицательной кровью, для предохранения от нежелательных беременностей, так как беременность, заканчивающаяся искусственным прерыванием, усиливает изосенсибилизацию, и у значительной части женщин развивается недонашивание. У женщин с резус-отрицательной кровью борьба за сохранение первой беременности должна быть особо целенаправленной, так как такая беременность, при которой имеется реальная возможность получить здорового ребенка, может быть первой и в то же время последней.

В настоящее время имеются данные, позволяющие считать, что гемолитическую болезнь новорожденных обуславливают антитела

гамма-глобулинового происхождения (Gintbuch с соавторами). Важно также помнить, что у sensibilizированных к резус-фактору беременных могут быть обнаружены три вида резус-антител: полные (агглютинины), неполные (Рейс), или блокирующие (Винер), скрытые. Полные резус-антитела с трудом проникают через плаценту в кровяное русло плода и выявляются чаще в начальной стадии sensibilизации (В. Н. Краинская-Игнатова и др.); неполные, имеющие малый размер молекулы легко проникают через плаценту к плоду; поэтому в возникновении и развитии гемолитической болезни новорожденных и внутриутробной смерти плодов неполные резус-антитела имеют большое значение (М. И. Дудник, Н. С. Добрышева, Winer и др.).

Диагностика изосерологической несовместимости крови матери и ребенка. В настоящее время этот вопрос значительно облегчен постановкой прямой и непрямой проб Кумбса, так как указанные пробы дают возможность не только выявлять sensibilизацию к резус-фактору, но и рано диагностировать гемолитическую болезнь новорожденных.

Для постановки правильного диагноза имеет существенное значение правильно собранный анамнез (наличие выкидышей, мертворождений, смерть детей от гемолитической болезни при прежних беременностях, введение крови без учета Rh-фактора и многое другое).

Определенное значение в прогнозе гемолитической болезни новорожденных имеет титр резус-антител у матери, хотя по этому вопросу и нет единого мнения. Все же определение титра антител в настоящее время пока один из наиболее доступных методов, который дает возможность судить о состоянии плода в процессе его внутриутробного развития. У женщин, весьма чувствительных к резус-фактору плода, может наступить быстрое и в более ранние сроки беременности образование антител. В таком случае повреждающее их действие на плод вызывает раннее проявление гемолитической болезни в виде резкого малокровия со всей клинической картиной анемии, отека тканей, общей водянки. Если у матери резус-антитела вырабатываются в более поздние сроки или в последние месяцы беременности, то их повреждающее действие на внутриутробный плод с развитой гемопоэтической системой вызывает большое развитие очагов экстрамедуллярного кроветворения. У такого ребенка возникает гемолитическое заболевание в виде тяжелой желтухи или врожденной анемии, отчетливо видимых при рождении или чрезвычайно быстро проявляющихся в первые часы или сутки внеутробной жизни младенца. При наличии невысокого титра резус-антител у матери или если активность их в процессе лечения снижена, у новорожденного развивается легкая, или так называемая стертая, форма гемолитической болезни. Следовательно, тяжесть гемолитической болезни может быть в основном обусловлена двумя ведущими факторами: выработкой организмом матери в ответ на действие

Rh-антигена плода специфических антител и непосредственно силой (активностью) Rh-антител.

Вместе с тем надо помнить, что наличие резус-антител в крови матери (даже в высоких концентрациях) не всегда ведет к повреждению плода и возникновению гемолитической болезни. Такое состояние в настоящее время объясняется свойством резус-антител, отличающихся друг от друга как строением белковых молекул, так и способностью склеивать эритроциты плода в различных средах.

В клинической практике важное прогностическое значение в последние месяцы беременности имеет внезапное падение титра резус-антител в крови беременной, так как такое состояние свидетельствует о наступившем переходе резус-антител к плоду и их связи с его эритроцитами, что ведет к бурному внутриутробному развитию гемолитической болезни. Мы неоднократно наблюдали случаи резкого падения титра резус-антител у матери, за которым следовала смерть плода. По-видимому, в этих случаях такой массивный переход резус-антител в кровоток плода сопровождается значительным гемолизом его эритроцитов. Причину этого до настоящего времени нельзя считать окончательно выясненной. Принято считать, что в подобных случаях повышена проницаемость плаценты, а также не исключена возможность влияния специфичности резус-фактора. Кроме того, в возникновении гемолитической болезни помимо резус-конфликта важную роль играют индивидуальные особенности самого плода: функциональное состояние печени, его непосредственная восприимчивость к влиянию резус-антител, способность к их нейтрализации и т. д.

Следовательно, в прогностическом аспекте для плода нарастание титра резус-антител во время беременности играет большую роль, так как в большинстве случаев это фактор неблагоприятный, особенно если такое нарастание или быстрое падение титра отмечено в конце беременности. Данные литературы (Dique, Weusch и др.), а также наши многолетние наблюдения свидетельствуют о том, что при более высоком титре резус-антител перинатальная смертность значительно возрастает (при титре 1:16 смерть детей равна 2,38%, в то время как при титре 1:256 — 26,83%).

В настоящее время при изучении особенностей течения гемолитической болезни большое внимание уделяют характеру течения беременности (Л. С. Персианинов, М. А. Петров-Маслаков, С. М. Беккер и др.). Многие исследователи устанавливают непосредственную связь изосенсибилизации организма матери не только с возникновением и развитием гемолитической болезни, но и причиной антенатальной и интранатальной смерти плода, а также такими состояниями, как преждевременное прерывание беременности. Данные же В. Ф. Матвеевой свидетельствуют против возможной связи недонашивания беременности с резус-конфликтом.

Однако в настоящее время доказано, что при тяжелой иммунизации беременных, сопровождающейся заболеваниями детей, у ма-

терей имеет место изменение функции печени, почек, а также развитие гипотонии на фоне общей анемизации. Многие исследователи (Г. Г. Геворкян, В. Е. Дашкевич, И. А. Штерн и А. М. Королева и др.) придают особое значение фону, на котором развивается гемолитическая болезнь новорожденных, т. е. сопутствующим заболеваниям матери, и особенно таким, как токсикозы беременности, заболевания печени, гипертоническая болезнь, инфекционные и другие заболевания. Так, например, по наблюдениям И. А. Штерн с соавторами, тяжелая форма гемолитической болезни (универсальный отек) развивалась у всех детей, матери которых страдали токсикозом беременности, исследования же И. Р. Зак не подтверждают этого.

Так или иначе, существенной клинической особенностью течения беременности у изосенсибилизированных женщин, свидетельствующей о неблагополучии плода, являются: аритмия сердечной деятельности, глухое или чрезвычайно звонкое сердцебиение, усиленные в одних случаях, иногда судорожные, движения плода, а в других — едва уловимые или неопределяемые даже при поздних (6—7 месяцев) сроках беременности. В большинстве случаев изосенсибилизации при выслушивании сердцебиения плода отмечены приглушенность тонов, нарушение интенсивности шевеления, что особенно хорошо видно на электрофонокардиограмме. Беременные в подобных случаях жалуются на общую слабость, головокружение, ноющие боли внизу живота; в случае гибели плода у некоторых появляются отеки ног, лица, нижней части живота, с накоплением жидкости в полости матки; прекращается рост матки. В дальнейшем к такому состоянию присоединяются кровянистые выделения из влагалища и наступает прерывание беременности. Обычно рождается уродливый плод с явлениями общего отека. Важно отметить, что ухудшение общего состояния беременной и целенаправленность ее жалоб на «неестественное» поведение плода (резкие двигательные беспокойства) совпадают в одних случаях (чаще) со значительным появлением в сыворотке крови резус-антител, а в других — с заметным падением их титра. Часто при этом в крови обнаруживается снижение гемоглобина и количества эритроцитов, а также артериального давления.

Вопросы патогенеза гемолитической болезни новорожденных. Известно, что раньше тяжесть гемолитической болезни новорожденных многие авторы объясняли усиленным гемолизом эритроцитов плода, обусловленным реакцией антиген—антитело. Выраженность этого гемолиза зависит, по всей вероятности, как от свойства антител, так и от степени проницаемости плаценты. В дальнейшем такая зависимость тяжести болезни от степени гемолиза эритроцитов новорожденного не нашла полного подтверждения, поскольку анемия отмечена не во всех случаях гемолитической болезни (особенно желтушной формы), равным образом как и появление в крови новорожденного эритро- и нормобластов.

В настоящее время установлено, что в г е н е з е ж е л т у ш-

ной формы гемолитической болезни лежат ферментативная недостаточность печени плода и усиленный гемолиз эритроцитов, т. е. неспособность переводить непрямой токсический билирубин в прямой водорастворимый — билирубин-диглюкуронид путем соединения одной молекулы непрямого билирубина с двумя молекулами глюкуроновой кислоты. Процесс превращения непрямого билирубина в прямой является энзиматическим и осуществляется при помощи фермента глюкуронилтрансферазы. Ферментативная функция печени у доношенных новорожденных созревает к 2 неделям жизни, а у недоношенных — еще позже. Таким образом, поражение печени у новорожденных является основным в патогенезе гемолитической болезни, гемолиз же эритроцитов ведет не к анемии, а к желтухе (P. Nicolsy). Тяжелая гемолитическая желтуха сопровождается чрезвычайно интенсивным накоплением непрямого билирубина в крови ребенка, что и определяет тяжесть ее течения. Это приводит к застою в печени и развитию печеночной желтухи. Таким образом, в течении желтушной формы гемолитической болезни новорожденных играют роль несколько факторов, главенствующими среди которых являются ферментативная недостаточность печени и гемолиз эритроцитов, причем в каждом конкретном случае каждый из этих факторов может быть в какой-то степени ведущим. Само собой разумеется, что тяжесть течения болезни зависит от реактивности организма ребенка, проведения комплекса лечебно-профилактических мероприятий и т. д.

При анемической форме гемолитической болезни новорожденных на первое место должен быть отнесен, по всей вероятности, гемолиз эритроцитов с появлением в крови молодых незрелых форм — эритробластов и т. д.

Патогенез наиболее тяжелой отечной формы гемолитической болезни еще недостаточно изучен. Все же можно с уверенностью сказать, что такого рода заболевание обуславливается комплексом факторов, главнейшими из которых, по нашему мнению, являются: гипериммунизация организма матери, высокая активность резус-антител, повышенная проницаемость стенок сосудов плода, усиленный гемолиз эритроцитов, а также печеночно-почечная недостаточность на фоне заметного нарушенного водно-солевого обмена в организме матери. Тяжесть этого заболевания еще больше усугубляется при таких заболеваниях, как врожденный токсоплазмоз, сифилис и т. д.

Клинические формы гемолитической болезни новорожденных. Общепринятыми являются следующие формы гемолитических заболеваний новорожденных: желтушная, анемическая и отечная.

Желтушная форма гемолитической болезни описана в 1879 г. Винкелем. В настоящее время, согласно исследованиям Ж. Доссе, И. А. Штерн, Г. П. Поляковой и Я. М. Тымской, М. В. Бондарь и других авторов, можно выделить несколько фаз течения этого заболевания:

1. Скрытая фаза заболевания (при рождении или непосредственно в первые часы после родов), при которой в случаях резус-конфликта только в пуповинной крови определяется повышенное содержание билирубина — гипербилирубинемия (билирубин выше 3—4 мг %) при отсутствии внешних признаков болезни.

2. Фаза интенсивного нарастания желтухи (обычно в первые сутки), а также увеличение печени и селезенки. В этих случаях почасовое исследование билирубина крови, что чрезвычайно важно, показывает резкое (до 20—30 мг %) и быстрое (до 0,2—0,4 и 1 мг % за час) его нарастание.

3. Фаза общей интоксикации и тяжелейшего поражения центральной нервной системы.

Нередко желтуха сопровождается появлением петехий на коже, гематурии, срыгиваний или рвоты с примесью крови. В некоторых случаях желтуха наблюдается уже при рождении ребенка, причем в таких случаях в желтый цвет бывают окрашены околоплодные воды, первородная смазка и пуповина, что свидетельствует о еще внутриутробном развитии заболевания. Как правило, у таких новорожденных увеличена печень, а иногда и селезенка.

Клиническая картина гемолитической желтухи развивается не сразу. Параллельно с нарастанием желтухи наблюдаются ареактивность и сонливость, а с усилением ее такие дети становятся адинамичными. Они плохо сосут из рожка, часто срыгивают. При нарастании явлений со стороны центральной нервной системы отмечены сильное срыгивание, горизонтальный нистагм, судорожные подергивания, общий гипертонус и ригидность затылочных мышц, периодические вскрикивания, приглушенные тоны сердца и т. д. Ребенок лежит с запрокинутой головкой и открытым ртом (энцефалопатия).

В крови у таких детей отмечено снижение гемоглобина (до 50% и ниже) и эритроцитов (до 2 450 000 и ниже), обнаруживаются эритробласты, лейкоцитоз больше 30 000, ускоренная РОЭ. В крови, а нередко и в молоке матери — резус-антитела.

При постановке диагноза гемолитической болезни помимо тщательного изучения акушерского анамнеза, серологического обследования крови матери и новорожденного большую ценность имеет определение в динамике уровня общего билирубина и его фракций в крови новорожденного, поскольку тяжесть течения болезни и отдаленные ее последствия (если ребенок выживает) находятся в прямой зависимости от степени накопления непрямого билирубина в крови и появления мозговых симптомов.

Дифференциальная диагностика желтушной формы гемолитической болезни должна проводиться в направлении исключения физиологической желтухи (появляется на 2—3-й день после родов), желтухи, вызванной атрезией желчных ходов, которая резко усиливается ко 2—3-й неделе внеутробной жизни и зависит от степени атрезии, у ребенка при этом ахоличный кал и темная моча. Такие

дети без хирургического лечения обычно погибают до 5 месяцев жизни. Желтуха при сепсисе выражена не так ярко, и распознать ее помогают другие клинические проявления. Желтуха, обусловленная токсоплазмозом или врожденным сифилисом, также сравнительно легко диагностируется постановкой соответствующих специфических реакций.

Для ранней диагностики гемолитической болезни принципиально важным является повторное определение билирубина в крови, особенно в первые сутки внеутробной жизни. При ежедневном накоплении билирубина больше чем на $0,2-0,3$ мг% можно считать, что имеется тяжелая форма гемолитической болезни. Ежечасное нарастание концентрации непрямого билирубина на $0,4-0,6$ мг% является абсолютным показанием для немедленного обменного переливания крови. Важно подчеркнуть, что в большинстве случаев тяжесть болезни и интенсивность нарастания желтухи идут параллельно с увеличением содержания билирубина в крови, достигая в первые сутки иногда $18-20$ мг%. Такое интенсивное нарастание желтухи без принятия срочных терапевтических мер приводит, как правило, к одному из тяжелейших осложнений — поражению подкорковых центров головного мозга, т. е. к состоянию, которое носит название «ядерная желтуха» (kernicterus), или энцефалопатия. В случаях, когда заболевание проявляется в легкой форме, желтуха нарастает не так интенсивно, состояние детей мало отличается от состояния здоровых (за исключением самой желтухи).

В случаях, когда гемолитическая болезнь новорожденного была обусловлена конфликтом по системе АВО, клиническое течение болезни напоминало резус-конфликт, однако кровь матери была резус-положительной, причем наиболее часто отмечена следующая групповая характеристика крови матери и плода: мать — Rh-положительная 0(I) αβ группы, ребенок А(II), также резус-положительный. Характерно, однако, что уровень билирубина в крови не достигал высоких показателей (10 мг%), а в некоторых случаях чрезвычайно тяжелого течения болезни содержание билирубина в крови было до 15 мг% в первые сутки и до 30 мг% — во вторые.

При нарастании симптомов поражения центральной нервной системы сонливость и адинамия у детей сменялись значительным беспокойством, возбуждением, появлением симптома пронзительного «мозгового крика», причем у таких детей можно было наблюдать характерную позу боксера — головка слегка отклонена кзади, согнутые в локтевых суставах руки и сжатые кулачки. Вслед за этим развивались тонические или клонические судороги.

Если такой новорожденный не погибал, у него развивались стойкие поражения центральной нервной системы (физическое, нервно-психическое отставание), со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Анемическая форма гемолитической болезни новорожденных, описанная впервые в 1940 г. M. Lelonget et R. Joseph,

по клиническому течению наиболее благоприятна. В первые дни после рождения ребенок обычно ничем не отличается от других детей, и только к концу первой и в начале второй недели заметно определяется, на фоне увеличенных печени и селезенки, неестественная бледность слизистых оболочек и кожи. При исследовании крови — значительное снижение количества эритроцитов (до 2—1 млн.) и гемоглобина (до 40—45 ед.), иногда определяются молодые незрелые формы — эритро- и нормобласты. По своему характеру анемия нормо- или гипохромная.

Отечная форма (*Hydrops gravidarum*), описанная впервые в 1885 г. Neelsen, наиболее тяжелая форма гемолитической болезни, приводящая в абсолютном большинстве к гибели новорожденных. Такие дети рождаются мертвыми или погибают в первые часы внеутробной жизни. Характерной особенностью являются: общий отек всех тканей, наличие в полостях свободной жидкости, резкое вздутие живота за счет скопления жидкости и резкое увеличение печени и селезенки. В этих случаях бывают характерные изменения плаценты: она большая, дольчатая, весит до 2 кг, с наличием отека и инфарктов. В крови резко уменьшено количество эритроцитов (до 800 000—1 000 000), гемоглобина — 20—25 ед., значительное количество нормо- и эритробластов.

В дифференциальной диагностике важно учитывать возможность врожденного талассемии, листереллеза, порока сердца, сифилиса.

Возникновение общей водянки новорожденного может быть заподозрено до рождения — при тщательном изучении данных анамнеза (гибель прежних детей от гемолитической болезни, частые посттрансфузионные осложнения, рождение мертвых мацерированных плодов и т. д., а также нарастание в динамике титра резус-антител, уровня билирубина в крови матери, внезапного значительного накопления жидкости в брюшной полости матери, вначале двигательного беспокойства плода, а затем его постепенного «утихания», вплоть до гибели). Беременная в таком случае отмечает прекращение движений плода. На рентгенограмме такой ребенок как будто бы сидит с разведенными руками, причем в ряде случаев у него отчетливо проявляется светлый венчик вокруг черепа (зона отека).

Следует подчеркнуть, что в настоящее время кроме вышеперечисленных, так называемых трех классических форм проявления гемолитической болезни, различают еще некоторые их разновидности, а именно: затянущаяся желтуха, анемия, абортная и бессимптомная формы болезни (*Hirszfeldowa* и др.). Однако в общеклинической практике работы врача наиболее часто встречаются три основных проявления гемолитической болезни — гемолитическая анемия новорожденных (*anemia neonatorum*), гемолитическая желтуха (*icterus gravis*), врожденная универсальная водянка (*hydrops foetalis universalis*).

Наиболее характерными патологическими изменениями в ор-

ганах детей, погибших от гемолитических заболеваний, являются: наличие множественных очагов экстрамедуллярного кроветворения, главным образом в печени, селезенке, почках, а также в других органах, с большим количеством эритро- и нормобластов. В печени, кроме того, отмечаются отеки ткани и явления диссоциации печеночных клеток; в селезенке также определяется бурная картина экстрамедуллярного гемопоэза, причем фолликулы всегда очень малые, красная пульпа отличается резким полнокровием и бедностью клеток; в ткани почек — такие же скопления клеток, как в печени и селезенке. Микроскопическое исследование ткани мозга почти во всех случаях указывало на резкое полнокровие и отек, что отмечено при всех клинических формах гемолитической болезни новорожденных.

Основные принципы лечения гемолитических заболеваний новорожденных. В настоящее время наиболее эффективным способом лечения гемолитической болезни новорожденных является метод обменных трансфузий. Основная цель такой операции — удаление билирубина из плазмы крови и тканей и блокированных эритроцитов как источника токсического билирубина. Обменное переливание крови осуществляется обычно пуповинным методом или для этих целей используют подкожные сосуды. С целью профилактики анафилактического шока ребенку до операции обменного переливания крови следует вводить внутримышечно или внутривенно 1—1,5 мл 0,25% раствора новокаина. Во время операции обменного переливания крови необходимо строжайшее соблюдение асептики и антисептики, причем на протяжении всей операции, длящейся 1,5—2 часа, удаляют около 350—400 мл крови и вводят 400—450 мл, т. е. не менее 110—150 мл на 1 кг веса ребенка (Л. С. Персианинов, В. А. Таболин).

Для переливания мы обычно применяем свежеприготовленную (3—4-дневной давности) одногруппную резус-отрицательную эритро-массу или кровь универсального донора. При конфликте, обусловленном несоответствием крови по системе АВО, необходимо переливать эритроцитную массу 0 (I) группы и плазму АВ (IV) или одноименной с кровью ребенка группы.

Следует помнить чрезвычайно важное обстоятельство: заменное переливание крови должно быть осуществлено уже при наличии в первые сутки жизни ребенка в его крови 6—8 мг % билирубина (Л. С. Персианинов, Л. В. Тимошенко, В. А. Таболин, А. Г. Садовская и др.). Скорость нарастания в крови билирубина на 0,5 мг % в час должна явиться показанием для обменного переливания крови, чтобы не допустить развития ядерной желтухи. С целью большего извлечения билирубина из тканей В. А. Таболин и Ю. Е. Вельтищев рекомендуют в начале операции обменного переливания крови влить 50 мл одногруппной плазмы. При пуповинном методе переливания крови в пуповинную вену на глубину 7—10 см по направлению к аранциевому протоку вводят специальный катетер,

фиксирующийся в вене лигатурой. Затем с помощью шприца кровь из пупочной вены медленно отсасывают, а из другого шприца так же медленно вводят резус-отрицательную одногруппную кровь. После каждых введенных 100 мл крови обычно в вену вливают 1,5—2 мл 10% раствора хлористого кальция или глюконата кальция и 10—20 мл 20% раствора глюкозы. В конце операции в вену вводят 100 000 ед. пенициллина. После проведения операции такого ребенка помещают в кювез, где обеспечивают ему соответствующий уход и подачу кислорода.

В случаях, когда после первого обменного переливания уровень билирубина растет, может быть проведено повторное переливание, причем его можно при необходимости проводить 2 и больше раз. Имеющийся в нашей клинике опыт позволяет считать, что после повторного заменного переливания резус-отрицательной крови билирубин имеет тенденцию к быстрому падению, что способствует быстрейшему выздоровлению ребенка. При наличии гипербилирубинемии с успехом применяем кортикостероидные препараты в сочетании с обменными переливаниями крови (Л. В. Тимошенко, М. Л. Шенкер). В процессе лечения обычно назначаем преднизолон, преднизон в течение 5—6 дней внутрь по 1—2 мг на 1 кг веса 3 раза в день, уменьшая постепенно дозу препарата в последние 2 дня. Под влиянием такого лечения укорачивается желтушный период, уменьшается процент билирубина, растет кривая веса ребенка. В послеоперационном периоде необходимы: тщательный уход, оксигенотерапия, применение нейроплегических препаратов (внутримышечно 2,5% раствор аминазина в дозе из расчета 2—4 мг на 1 кг веса 2—3 раза в сутки), ежедневные вливания 10% раствора глюкозы (до 100 мл), а также введение 1 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты, 1% раствора глютаминовой кислоты по 1 чайной ложке 3 раза в день на 20% растворе глюкозы, викасола по 0,001—0,003 г 2—3 раза в сутки, 3 дня подряд (только при геморрагическом синдроме), витаминов: V_1 — 0,5 мл 0,5% раствора; V_6 — 0,5 мл 25% раствора и витамина V_{12} — 20—30 γ в день после уменьшения желтухи. Такой комплекс лечебных мероприятий, проводимый в первые 6—7 дней, может быть дополнен введением метионина и гамма-глобулина. В профилактике тяжелых осложнений, связанных с резус-конфликтом и развитием гемолитической болезни по системе АВО, главное место должны занять своевременное обследование беременных с резус-конфликтом, а также проведение лечебных мероприятий (заменное переливание крови) при наличии к тому показаний.

Меры профилактики гемолитической болезни новорожденных.

Огромную роль в профилактике гемолитических заболеваний плода и новорожденного должна играть женская консультация. Одним из важнейших вопросов профилактики является предупреждение изоиммунизации резус-отрицательных женщин, что в настоящее время уже может быть достигнуто:

а) повсеместным определением у всех беременных женщин как групп крови, так и резус-принадлежности;

б) созданием так называемого «кровяного паспорта» всем девочкам, для чего уже в школьном возрасте помимо групповой принадлежности определять также и принадлежность по резус-фактору;

в) при выполнении лечебных мероприятий в детских стационарах и больницах общего профиля переливать кровь женщинам и девочкам, а также проводить гемотерапию только с учетом резус-принадлежности; резус-отрицательным пациенткам ни в коем случае не следует вводить резус-положительную кровь (внутриенно, внутримышечно, в виде гемоклизм);

г) всех беременных женщин, в анамнезе которых имеются указания на частые самопроизвольные аборт (во всех сроках беременности), внутриутробную гибель плодов, мертворождение или рождение детей с одной из форм гемолитической болезни, необходимо брать на диспансерный учет и проводить тщательное клиническое и серологическое обследование.

В процессе обследования важно стремиться выяснить следующее: наличие полового инфантилизма, состояние области внутреннего зева шейки матки (возможна ее недостаточность), наличие латентной инфекции (токсоплазмоз, листереллез, бруцеллез, сифилис, малярия и т. д.), а также групповую и резус-принадлежность. При подозрении на групповую несовместимость по системам АВО — определить титр изоиммунных антител α и β .

В ранней диагностике гемолитической болезни новорожденных важное место занимает обследование родившегося ребенка. У всех новорожденных, родившихся от матерей с резус-отрицательной принадлежностью крови, можно ожидать развития гемолитической болезни (беременные с наличием антител, указания на мертворождения и выкидыши неясной этиологии, переливание крови до беременности без учета резус-принадлежности и т. д.), поэтому необходимо сейчас же после рождения брать из пуповины кровь для проведения комплекса исследований, важнейшими из которых следует признать: определение групповой и резус-принадлежности крови, гемоглобина, билирубина, постановку реакции Кумбса, позволяющую установить наличие блокирования эритроцитов новорожденного резус-антителами, исследование крови на наличие молодых незрелых форм эритроцитов (эритробластов).

Чрезвычайно существенное значение в ранней диагностике гемолитической болезни новорожденных имеет раздельное определение в динамике прямого и непрямого, свободного и связанного билирубина, поскольку известно, что снижение непрямого и нарастание прямого билирубина являются фактором, благоприятным не только непосредственно, но и в отношении прогноза.

Методы десенсибилизации иммунизированных женщин. Известно, что проблема десенсибилизации организма женщины в динамике

беременности представляет собой чрезвычайно сложную и далеко не решенную задачу. Разработку средств и методов для достижения десенсибилизации можно проводить в двух направлениях:

1) не допустить наступления изосенсибилизации организма женщины;

2) повысить устойчивость организма плода к воздействию резус-антител, а также задержать их рост или снизить количество (титр) и активность в организме матери.

Осуществление первого метода в настоящее время в значительной степени выполнимо, так как при переливании крови, проведении гемотерапии (инъекции, гемоклизмы и т. д.) можно определять резус-принадлежность.

В отношении второго направления — для снижения титра антител или торможения реакции по принципу антиген — антитело предлагалось много антигистаминных средств, таких, как резусгантен, гаптен, антистин, кортизон, АКТГ, цитраль и другие, однако применение указанных средств не достигало цели.

Не нашел также широкого распространения предложенный Р. Поливановым (1955) метод десенсибилизации, сущность которого была основана на «конкуренции антигенов». При применении этого метода использовали свойство организма беременной женщины в ответ на введение двух антигенов образовывать один вид антител, направленных против одного сильнейшего. С этой целью (как более сильные антигены в сравнении с резус-фактором) применяли коклюшную и тифозную вакцины, а также неоднократно введение небольших доз (от 0,5 до 4,5 мл) цитратной, несовместимой по группе резус-отрицательной крови.

В. М. Jacobs (1956) с целью уплотнения стенки капилляров для десенсибилизации организма женщины рекомендовал в ранние сроки беременности и за несколько дней до родов вводить бифлавиноидные соединения от 400 до 600 мг в день. Для предотвращения сенсibilизации с целью понижения проницаемости маточно-плацентарного барьера для резус-антигенов крови внутриутробного плода R. V. Hoffman, D. E. Edwards и другие исследователи предлагали вводить прогестерон. Однако эта методика не нашла приверженцев.

Методика десенсибилизации Ф. А. Али-Заде направлена на удаление из организма беременной резус-антител и их инактивацию с помощью аутоотрансфузии и введения комплекса витаминов (К, В и Е), а также гамма-глобулина.

И. И. Грищенко, В. А. Шилейко (1959) и В. А. Шилейко и Р. М. Гланц (1965) рекомендуют для десенсибилизации беременных 2% раствор новокаина по 5 мл внутримышечно через день 15 инъекций и аминазин по 0,05 г 2 раза в день на протяжении 10 дней с 3—4-недельным перерывом на протяжении всей беременности. В последнее время они рекомендуют с этой целью новокаин, бром, аминазин, преднизолон и АКТГ. Новокаин и аминазин назначают

в вышеуказанных дозах, преднизолон — по 0,005 г в сутки в течение трех недель, после чего — АКТГ по 25 ед. ежедневно в течение 12 дней; бром назначают в виде 10% раствора по 10 мл внутримышечно с 10 мл 40% глюкозы через день 15 раз. Такие курсы лечения с перерывом в 3—4 недели рекомендуют на протяжении всей беременности. Основной исходной предпосылкой в этом направлении было стремление воздействовать на выработку антител и понизить реакцию организма на проявление иммуногематологического конфликта.

Применение указанной методики способствовало значительному снижению мертворождаемости и рождению здоровых детей у этой группы женщин.

Многие исследователи (С. П. Виноградова, Л. В. Тимошенко, Л. С. Персианинов, Г. П. Полякова, И. Р. Зак, С. М. Беккер и др.) предлагают проводить в течение беременности курсовое (не менее 3 раз) профилактическое лечение беременных с применением комплекса витаминов (С, Е, К), глюкозы, оксигенотерапии и т. д.

Для десенсибилизации при несовместимости крови матери и плода по резус-фактору Р. С. Мирсагатова предложила в комплексе с пищей, богатой витаминами, и оксигенотерапией витамин Е.

В результате многолетних наблюдений, проведенных С. П. Виноградовым, Л. В. Тимошенко, В. Е. Дашкевичем и другими, установлена целесообразность проведения десенсибилизации как у женщин с наличием в сыворотке крови резус-антител, так и у резус-отрицательных беременных с отсутствием в крови резус-антител.

В настоящее время применяют следующую методику десенсибилизации (Л. В. Тимошенко, В. Е. Дашкевич): а) возможно ранний учет таких женщин; б) с первых недель беременности женщине с резус-отрицательной кровью назначают ежедневное вдыхание кислорода (по 3—4 подушки в день) или кислородную палатку на протяжении 20 дней, а также рекомендуют частые прогулки на свежем воздухе; в) внутривенно вводят по 20 мл 40% раствора глюкозы с 300 мг аскорбиновой кислоты (от 10 до 20 раз на курс лечения); г) беременным назначают от 10 до 30 мг витамина Е ежедневно внутрь, витамин В₁₂ в дозе 100 γ в сутки на протяжении 10 дней, викасол по 0,015 г 3 раза в день; лечение викасолом проводят у беременных с низким протромбиновым индексом; д) камполон назначают по 2 мл 1 раз в день в течение 2—3 недель, в диету вводят сырую, слегка обжаренную печень, по 100—200 г ежедневно, отвар шиповника и черной смородины, по 0,5 стакана 3 раза в день; е) при угрозе недонашивания беременности назначают прогестерон по 5—10 мг ежедневно в течение 8 дней; ж) таким беременным широко рекомендуют антигистаминные препараты: супрастин по 1 таблетке 2 раза в день или пипольфен по 1 драже 1 раз на ночь. При нарушении сна — андаксин по 2 таблетки на ночь.

Поскольку сенсibilизация организма беременной в течение всей беременности осуществляется, проводят длительное курсовое

десенсибилизирующее лечение. Обычно 3—4 курса в течение беременности, в зависимости от устойчивости титра антител в крови беременной. Такое лечение способствует донашиванию беременности при резус-конфликте, снижает угрозу ее прерывания. Накануне родов, за 2—3 недели, таких беременных необходимо госпитализировать в отделение патологии беременности, где проводят изучение состояния сердечной деятельности плода, определяют динамику титра резус-антител. Такие беременные получают ежедневно кислородотерапию, внутривенные вливания глюкозы, поливитамины. Роды проводят под постоянной дачей кислорода.

Указанное лечение направлено в основном на снижение сенсibilизации беременных и повышение сопротивляемости плода воздействию резус-антител.

При нарастании титра резус-антител (выше 1:16) дополнительно к сказанному проводят частичные заменные переливания резус-отрицательной одногруппной свежеприготовленной (не более 7 дней от ее консервации), индивидуально подобранной крови. Обычно выводят до 300 мл и переливают 350—400 мл. Такие заменные частичные переливания резус-отрицательной одногруппной крови способствуют снижению сенсibilизации организма беременной, предупреждают прерывание беременности, с этим в настоящее время согласны также М. И. Дудник и И. А. Панченко.

Проведение таких курсовых комплексных лечебно-профилактических мероприятий позволяет значительно снизить процент привычных выкидышей, преждевременных родов, мертворождений, а также гемолитических заболеваний.

Преждевременное родоразрешение при изоантитенной несовместимости крови матери и плода. В вопросе относительно преждевременного родоразрешения женщин с резус-конфликтом единого мнения нет, хотя многие из исследователей считают целесообразным в подобных случаях за 3—4 недели до предполагаемого срока родов вызывать их. Такая тактика обуславливается тем, что в последнем месяце беременности ребенок подвергается наибольшему влиянию материнских резус-антител (Л. С. Персианинов, М. И. Петров-Маслаков, С. М. Беккер, Л. В. Тимошенко, С. П. Виноградова, В. Е. Дашкевич, В. А. Шилейко, Н. Р. Зак, S. Novak, Roberts, Mayer и др.).

Основными показаниями к досрочному родоразрешению мы считаем наличие в анамнезе: а) одного или нескольких мертворождений; б) внутриутробную смерть плода от гемолитической болезни; в) детей, перенесших тяжелую форму гемолитической болезни и оставшихся инвалидами, а также резкое нарастание антител в конце настоящей беременности (высокий титр).

К преждевременному родоразрешению следует также прибегать в случаях, когда у женщин предыдущие беременности заканчивались рождением ребенка с отечной формой гемолитической болезни. В подобных случаях иногда следует прерывать беременность даже в 34—35 недель, так как к концу ее повреждающее дей-

ствие резус-антител на плод чрезвычайно велико. Само собой разумеется, что при решении вопроса о досрочном родоразрешении чрезвычайно важно тщательно изучить анамнез беременной, титр резус-антител и их вид, состояние сердечно-сосудистой системы плода (фоноэлектрокардиография). Вызывание и проведение родов должны быть бережными, а при рождении ребенка все должно быть готово для исследования билирубина в пуповинной крови и при необходимости — проведения обменного переливания крови.

Досрочное родоразрешение мы считаем лучшим проводить с применением как медикаментозных средств, так и метрейринтера, вводимого экстраовулярно. К родоразрешению кесаревым сечением мы прибегаем только в крайних случаях, причем перед операцией обязательно производим рентгенографию, с целью исключения отечной формы гемолитической болезни.

Осложнения, связанные с переливанием резус-несовместимой крови. В настоящее время общеизвестной при переливании крови является необходимость определения не только группы крови у донора и реципиента, но и резус-принадлежности. В отличие от реакций, возникающих после переливания несовместимой по группам крови, при переливании резус-несовместимой крови эти реакции наступают позднее, развиваются медленнее. В значительном большинстве случаев они проявляются через 3—8 часов после переливания. Тяжесть течения реакции зависит от многих причин, среди которых имеют значение количество перелитой крови, степень сенсибилизации и другие.

В одних случаях эта реакция проявляется только ознобом и повышением температуры, в других — тяжелейшим шоковым состоянием, сопровождающимся гемолизом, анурией, иногда почечной недостаточностью, а в некоторых случаях даже гибелью женщины.

Для посттрансфузионных реакций (рис. 2), обусловленных несовместимостью крови по резус-фактору, характерны повышение температуры, боль во всем теле, с преимущественной локализацией в крестце, озноб. В дальнейшем развивается картина гемодинамического расстройства — бледность, падение артериального давления и сердечной деятельности, к которым могут присоединиться расстройства центральной нервной системы — головная боль, головокружение, рвота, судороги и т. д. При проявлении симптомов почечной недостаточности на первый план отчетливо выступают олигурия, альбуминурия, появление в моче крови, кровяного детрита, цилиндров с прогрессирующей билирубинемией.

В дальнейшем картина почечной недостаточности бурно развивается: возникают анурия, отеки, уремия, что и приводит к гибели больной. Поэтому при переливании крови женщинам во всех случаях крайне необходимо тщательно изучить акушерский анамнез (не было ли уже переливаний крови, сопровождавшихся подобными, иногда стертыми явлениями), определить резус-принадлежность и

переливать только резус-отрицательную кровь. Существенным подспорьем для определения совместимости по резус-фактору является проба Т. Г. Соловьевой, сущность которой заключается в следующем: на чашку Петри наносят 2 капли сыворотки реципиента и 1 каплю крови донора. Капли перемешивают, а чашку Петри помещают в водяную баню на 10 минут (температура воды 45°C). Через 10 минут просматривают данные реакции агглютинации. При наличии агглютинации кровь донора переливать нельзя, так как она несовместима по резус-фактору. Необходимо помнить о неспецифической агглютинации. Для ее исключения проводят исследование крови на совместимость. Берут сыворотку реципиента и смешивают с эритроцитами донора.

Лечение посттрансфузионных осложнений. Мероприятия, связанные со спасением больной после переливания резус-несовместимой крови, должны осуществляться четко и быстро. Определяют группу крови и резус-принадлежность больной, ей вводят пантопон или морфий под кожу, дают обильное горячее питье, немедленно после установления резус-принадлежности производят заменное переливание резус-отрицательной, свежеприготовленной одногруппной крови (выпускают 400—500 мл и вводят 600—650 мл), при необходимости проводят повторное переливание. Кроме того, внутривенно вводят 50—60 мл 40 % глюкозы и 10 мл 10 % раствора глюконата кальция.

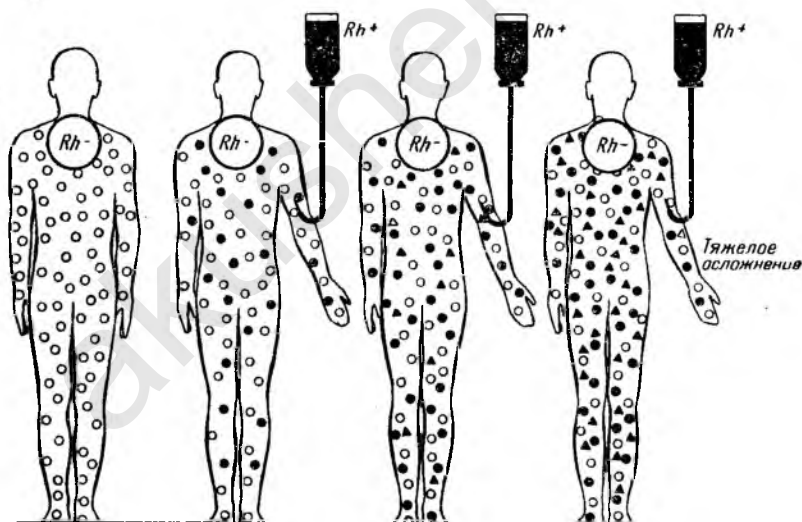


Рис. 2. Осложнения, связанные с переливанием крови, несовместимой по резус-фактору:

- — резус-отрицательные эритроциты реципиента;
- — резус-положительные эритроциты плода;
- ▲ — резус-антитела.

Одновременно нужно проводить борьбу с анурией. С этой целью применяют двустороннюю паранефральную новокаиновую блокаду (60—80 мл 0,25% раствором), диатермию на область почек. Кроме того, производят промывание желудка и сифонные клизмы. Ежедневно исследуют кровь и мочу. При резком нарастании азотемии показано проведение гемодиализа с помощью искусственной почки. Обычно при рано начатом лечении количество выделяемой мочи постепенно нарастает и явления почечной недостаточности проходят. Однако следует помнить, что за такими больными нужны тщательный и постоянный уход и организация их выхаживания. В процессе лечения назначают сердечные средства, витаминотерапию, легко усваиваемое высококалорийное питание.

akusher-lib.ru

НЕПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ И ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА **[включая аномалии вставления головки]**

В акушерской практике нередко встречаются большие затруднения при разгибательных вставлениях головки, а также при поперечных положениях плода. Эти два вида патологии имеют много общих особенностей. В их основе лежат одни и те же причины: снижение тонуса матки и ее связочного аппарата, аномалии развития матки; опухоли матки и придатков; сужение таза, многоводие, многоплодие и другие причины.

При неправильных предлежаниях и положениях плода создаются затруднения для продвижения плода по родовым путям, роды часто затягиваются, и для окончания их приходится применять такие оперативные вмешательства, как поворот плода на ножку, кесарево сечение, акушерские щипцы, краниотомию, эмбриотомию. В подобных случаях увеличивается мертворождаемость, родовой травматизм, послеродовые осложнения. Поэтому акушер должен вести роды с особым вниманием, чтобы вовремя распознать патологию и оказать роженице необходимую помощь. Исход родов при указанных аномалиях зависит от оказания своевременной квалифицированной помощи.

Самые тяжелые осложнения бывают при нераспознавании аномалий вставления головки и в особенности при поперечных положениях плода.

Считается, что плод находится в правильном физиологическом положении (*situs*), когда совпадают оси длинников матки и плода. Неправильные положения образуются в случае пересечения этих осей, под острым углом — косое (*situs obliquus*), под прямым — поперечное (*situs transversus*) положение плода.

Среди разгибательных вставлений наиболее неблагоприятное лобное, поскольку при нем головка должна пройти большим косым размером, превышающим средний размер узкой части полости таза. Такое прохождение головки практически невозможно. Она долго стоит в полости таза, при этом могут быть разрывы матки, мочеполовые свищи.

При затылочных предлежаниях головка чаще всего вступает в малый таз согнутая и проходит его малым косым размером. Однако она может вступать в малый таз слегка разогнутой и в даль-

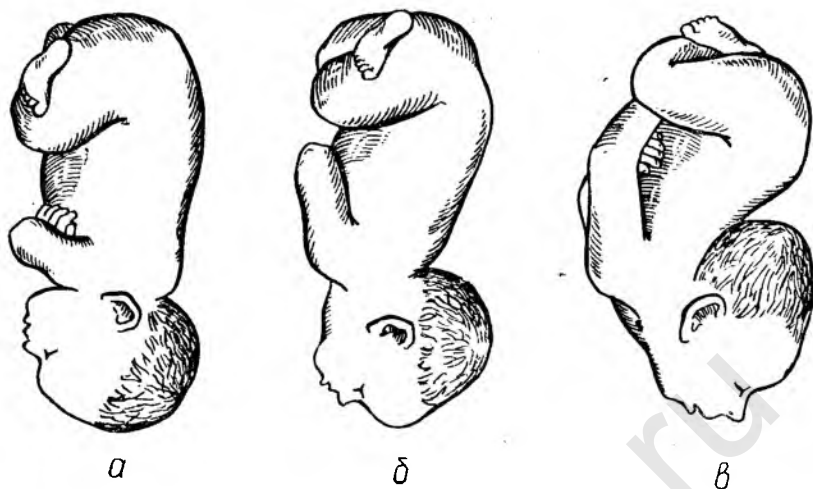


Рис. 3. Вставление головки:

а — переднеголовное; б — лобное; в — лицевое

нейшем на тазовом дне совершается ее сгибание. В отдельных же случаях сгибания головки не происходит, усиливается разгибание, в зависимости от степени которого образуются переднеголовное, лобное и лицевое предлежания: механизм и клиническое течение их отличается от затылочного.

Разгибательные предлежания и вставления головки плода. Во время нормальных родов согнутая головка проходит родовые пути в затылочном вставлении. Однако она часто вступает в малый таз разогнутой и ее сгибание совершается только на тазовом дне, что не нарушает нормального течения родов. Иногда сгибание головки не наступает, наоборот, усиливается ее разгибание.

При таких родах различают разгибательные предлежания и вставления головки. Разгибательным предлежанием считают такое состояние, когда разогнутая головка, двигаясь по родовым путям, не вошла еще большим сегментом в малый таз. Тогда третьим и четвертым приемами наружного исследования головка определяется большей частью над входом в малый таз, а при влагалищном исследовании нижние 2/3 малого таза остаются свободными, свободна крестцовая впадина. Верхняя часть занята головкой, и мыс крестца можно достичь только согнутым пальцем, а при выраженной родовой опухоли это сделать часто невозможно. Иногда родовая опухоль может быть резко выраженной, тогда кажется, что она опустилась низко в малый таз.

По мере опускания головки в малый таз разгибательное предлежание переходит в разгибательное вставление головки. В зависимости от степени разгибания головки образуются различные вставления (рис. 3): при умеренном разгибании — переднеголовное; при

более выраженном — лобное; в случае максимального разгибания головки — лицевое вставление.

Разгибательные вставления головки, по данным различных авторов, встречаются в 0,5—1% случаев, причем чаще бывают переднеголовые и лицевые вставления. Роды при лобных вставлениях наблюдаются редко (одни на 5—8 тыс. родов — И. П. Лазаревич, М. С. Малиновский, И. И. Грищенко).

Многие причины разгибательных вставлений головки легко распознать в конце беременности и во время родов, например, узкий таз, смещение матки, несимметричность ее сокращений; некоторые можно установить лишь в процессе родов, а иногда не удастся установить причину разгибательного вставления головки, а следовательно, объяснить своеобразный механизм родов при переднеголовных, лобных и лицевых вставлениях. Несомненно, что в подобных случаях имеет место сложное взаимодействие различных биологических факторов: изгоняющих сил, сопротивления родовых путей, а также сопротивления самого плода как объекта движения. Механизм родов при всех разгибательных вставлениях имеет много общих особенностей. Так, во всех случаях первым движением головки будет разгибание, что отличается от затылочных вставлений, когда головка с первым движением сгибается. Ведущие точки располагаются: при переднеголовных вставлениях — в области большого родничка, при лобных — на лобной части головки, при лицевых вставлениях — на подбородке.

Направленность движения головки подчиняется общему закону движения тел, встречающих различное сопротивление на отдельных участках своего пути. Поскольку у лонной дуги меньшее сопротивление по сравнению с мышечно-фасциальными пластинками, сходящимися в центре промежности, то во время второго поворота ведущая точка следует к лонной дуге; вследствие этого лицевая часть головки оказывается у лона, а затылок поворачивается в сторону крестца (Н. Ф. Толочинов). Почти всегда образуется задний вид.

Общим движением для всех разгибательных вставлений является сгибание головки во время третьего поворота, с последующим разгибанием ее при переднеголовном и лобном вставлениях. Во всех случаях разогнутых вставлений головка проходит через родовые пути большими размерами, чем при затылочных вставлениях. Родившаяся же головка затем совершает наружный поворот по обычному механизму. Естественно, это накладывает свои особенности на течение и исход родов, что требует особой осторожности при решении вопросов об их прогнозе и ведении.

Легкие разгибания головки часто переходящи и не влекут за собой каких-либо последствий; с развитием родовой деятельности совершается сгибание головки, и роды заканчиваются по типу затылочных предлежаний. Если переднеголовное предлежание сохраняется, в большинстве случаев роды наступают самопроизвольно. То же наблюдается при усилении разгибания головки, переходя-

щем в лицевое вставление. Здесь от акушера требуется большое терпение, однако заканчиваются они без оперативных вмешательств. В то же время при разогнутых вставлениях известны и тяжелые осложнения в родах.

Такие осложнения, как слабость родовых сил, перерастяжение нижнего сегмента матки, ущемление шейки матки, выпадение пуповины, внутриутробная асфиксия плода, заставляют применять оперативное вмешательство. Особенно часты осложнения такого рода при лобных вставлениях.

Учитывая это, разгибательные вставления головки должны рассматриваться как пограничные состояния между нормальными и патологическими родами. Следовательно, роженицам необходимо уделять внимание, своевременно распознавать разгибательные вставления и вовремя оказывать помощь.

Распознавание разгибательных вставлений обычно не представляет затруднений, тем не менее в отдельных случаях их смешивают с затылочными и тазовыми предлежаниями и даже принимают за поперечные положения плода.

В норме при первой беременности головка вставляется малым сегментом во вход в малый таз на X месяце. При повторных родах это происходит во время родов, и после отхождения вод головка не задерживается во входе в малый таз. Задержка головки во входе в малый таз, особенно после отхождения вод, а также задержка продвижения ее при хорошей родовой деятельности должна навести акушера на мысль о возможности неправильных вставлений, в том числе разгибательных вставлений головки, если нет других причин, мешающих ее продвижению.

Тщательный осмотр роженицы с применением наружных акушерских методов, а также влагалищным исследованием облегчает распознавание разогнутых вставлений головки и их отдельных форм — переднеголового, лобного и лицевого. Эти формы во многом отличаются друг от друга как по механизму родов, так и по клиническому течению.

Переднеголовное предлежание головки. При переднеголовных предлежаниях, как и при затылочных, различают позицию и вид плода, которые определяют по расположению спинки плода. Переднеголовые предлежания смешивают иногда с задним видом затылочного вставления, в связи с чем распознают их только в конце родов.

Признаками разогнутого вставления головки следует считать ее сравнительно долгое стояние во входе в малый таз при хорошей родовой деятельности, а также большую величину (диаметр головки до 12 см).

Однако наружными приемами акушерского исследования не удастся окончательно подтвердить диагноз. Слегка разогнутая головка и спинка плода составляют как бы единое целое, как и при затылочных вставлениях, сердцебиение плода отчетливее выслушивается на стороне спинки. Только во время влагалищного исследо-

Рис. 4. Переднеголовное предлежание. Большой родничок по продольной оси. Стреловидный шов в левом косом размере.



вания можно окончательно установить переднеголовное вставление головки. Для него характерны следующие признаки: впереди идущей частью головки является область большого родничка, большой и малый роднички стоят на одном уровне либо большой опускается немного ниже; стреловидный шов может стоять в поперечном, косом или прямом размере, что зависит от степени продвижения головки и ее внутреннего поворота.

Влагалищное исследование затруднено смещением костей головки за счет конфигурации и образования родовой опухоли. При поспешном исследовании можно смешать малый и большой роднички. Поэтому следует иметь в виду, что малый родничок имеет треугольную форму со сходящимися тремя швами. При заднем виде затылочного вставления хорошо можно прощупать малый родничок, большой же остается высоко, и пальцем достичь его невозможно.

Механизм родов при переднеголовных предлежаниях плода довольно сложен. Головка вступает в малый таз в состоянии умеренного разгибания, стреловидным швом в поперечном или косом размере (рис. 4). Первым движением головки принято считать разгибание. Область большого родничка обычно можно достичь пальцами первой во время влагалищного исследования.

По мере нарастания родовой деятельности и продвижения головки наступает второй, внутренний, поворот головки вокруг вертикальной оси. Стреловидный шов, перейдя через косой размер, становится в прямой размер таза. Ведущая точка в области большого родничка во время внутреннего поворота уходит в сторону лонной дуги. При влагалищном исследовании большой родничок обнаруживается у лона, малый — в области крестца, а между ними в прямом размере — стреловидный шов (рис. 5). В положении точки фиксации становится надпереносье (glabella). Эта часть головки задерживается у лонной дуги, а нарастающие сокращения матки через позвоночник с силой действует на головку, которая совершает третий по счету поворот — сгибание.

В этот момент из половой щели выходят теменные кости, затылок. Затем наступает четвертый поворот — небольшое разгибание, во время которого из-под лона выходит лоб, нос, подбородок (рис. 6).

Хотя в большинстве случаев (80—85%) роды в переднеголовном предлежании проходят самопроизвольно, они во многом отличаются от затылочных вставлений. В отличие от последних, с переднеголовным вставлением головка проходит сравнительно большой

лобно-затылочной окружностью (33—35 см), с диаметром 11,5—12 см. Головка больше задерживается во входе в малый таз, что часто зависит не столько от препятствия, которое она встречает, сколько от слабости родовых сил. Механизм родов при переднеголовном вставлении происходит, как правило, с образованием заднего вида. Роды затягиваются и длятся до 23—31 часа у первородящих и до 13—20 часов — у рожавших женщин (Г. Г. Гентер).

По мере продвижения головки в малый таз она испытывает все возрастающее сопротивление как со стороны костного кольца, так и со стороны мышечного тазового дна. Второй поворот головки, а также ее сгибание задерживаются. Длительное стояние головки на тазовом дне и прорезывание сопровождаются часто отеком промежности, которая от растяжения головкой разрывается. При переднеголовном вставлении разрывы промежности встречаются чаще, чем при затылочном. Подвергаясь резкому сдавлению по прямому размеру, головка вытягивается по вертикальному размеру и приобретает характерную форму, напоминающую башню. Изменение формы головки увеличивается также за счет образования родовой опухоли, располагающейся в области большого родничка.

Во время затянувшихся родов возможна внутриутробная асфиксия плода, особенно после отхождения вод. В случае длительного стояния головки в полости таза может образоваться кровоизлияние в мозг, что осложняет прогноз родов для плода.

Признаками внутриутробной асфиксии плода будут: отхождение околоплодных вод, окрашенных меконием, усиление движений внутриутробного плода. Последнее бывает в начале асфиксии, что роженица обычно чаще ощущает, но такое состояние вскоре сменяется подавлением двигательных реакций, и тогда женщина начинает ощущать менее активные движения плода, либо вовсе их не воспринимает.

Одним из главных и важнейшим признаком внутриутробной



Рис. 5. Резывание головки при переднеголовном предлежании.



Рис. 6. Прорезывание головки при переднеголовном предлежании.

асфиксии есть нарушение сердечной деятельности плода. На первом этапе оно может быть недолго учащенным, а затем наступает аритмия и замедление сердцебиения плода. При замедлении сердцебиения до 105—110 ударов в минуту и окончании родов оперативными пособиями можно сохранить жизнь ребенку. В случае стойкого урежения сердцебиения плода до 100 и менее ударов ребенка извлекают обычно в тяжелой асфиксии либо мертвым.

Прогноз родов при переднеголовном предлежании принято считать благоприятным, если имеется хорошая родовая деятельность и необходимое соответствие между размерами таза роженицы и головкой плода. Однако мертворождаемость встречается в 3—4 раза чаще, чем при затылочных вставлениях. Кроме того, перенесенная внутриутробная асфиксия оказывает большое влияние на ребенка, в особенности если асфиксия сопровождается кровоизлиянием в мозг.

Роды следует вести консервативно, внимательно наблюдая за роженицей и плодом. Для нормализации родовой деятельности и предупреждения асфиксии плода полезно заранее назначать глюкозу, кислород, витамины и др. Само по себе разгибательное вставление головки не должно служить показанием для оперативного вмешательства, однако осложнения, возникающие при родах, часто заставляют акушера применять оперативные пособия.

При нормальном течении первого периода родов с разгибательным предлежанием головки за роженицей должны вести внимательное наблюдение. В случае резкого отклонения матки в сторону роженицу следует уложить на бок, где находится задняя часть головки. При подвижной головке полезно придать роженице возвышенное положение с приподнятым тазом, чтобы уменьшить возможность выпадения пуповины во время отхождения вод.

Вскоре после отхождения вод должно быть сделано влагалищное исследование, при котором выясняют степень сглаживания шейки матки и раскрытия зева, уточняют предлежащую часть плода и ее отношение к малому тазу. При этом нужно установить, не предлежит ли какая-нибудь мелкая часть — ручка, пуповина. В случае наступления первичной слабости родовых сил необходимо назначить средства, стимулирующие родовую деятельность, при утомлении — обеспечить отдых, назначить общий душ.

Применение акушерских щипцов, когда головка плода совершила второй поворот и приблизилась к выходу таза не вызывает разногласий, так как при наличии показаний со стороны роженицы или плода это дает хорошие результаты. Ложки щипцов свободно располагают вдоль вертикального размера головки, щипцы легко замыкают и при тракциях, направленных в соответствии с движением головки при данном механизме родов, последнюю легко выводят. При наклывании полостных щипцов на головку, не совершившую внутреннего поворота, необходимо проявлять большую осторожность. В подобных случаях ложки заводят с трудом и при большом насилии можно нанести роженице тяжелую травму.

Извлечение высокостоящей головки в щипцах затрудняется, а часто и вовсе не удается, если же и совершается, то с риском для матери и плода. Акушер в таких случаях рискует повредить тазовое дно и промежность матери, а у плода вызвать кровоизлияние в мозг. Следует иметь в виду, что обширные кровоизлияния в мозг могут быть при длительном стоянии головки в тазу и без применения щипцов, вследствие внутриутробной асфиксии плода, наступившей в связи с нарушением маточно-плацентарного кровообращения. При всех условиях щипцы должны быть инструментом, придающим силу движению головки по родовому каналу, но не исправляющим ее положение. Стремясь щипцами исправить положение головки, акушер может повредить плод (В. С. Груздев).

Для успешного применения акушерских щипцов на высоко стоящую головку, не совершившую внутреннего поворота, требуется высокая техника, необходимо большое умение разобраться в акушерской ситуации. За щипцы может браться акушер, владеющий большим опытом, умеющий вовремя заметить и предупредить осложнения.

Что касается вакуум-экстракции при переднеголовном предлежании — этой операции не стоит делать, так как наложенная чашка инструмента попадает на большой родничок, где нет костной защиты, и отрицательное давление может вызвать тяжелые повреждения мозга. Кроме того, требуется достаточная сила для извлечения головки, а это можно выполнить только акушерскими щипцами.

Наложение щипцов и извлечение плода необходимо проводить под наркозом, при этом наиболее целесообразно применять закись азота, можно давать также эфирно-кислородный наркоз, а в отдельных случаях кратковременный сон может вызывать хлорэтил.

Переднеголовное предлежание само по себе никогда не служит показанием для кесарева сечения, однако его можно производить в случае сочетания этого вида предлежания с другой акушерской патологией: сужением таза, предлежанием плаценты, внутриутробной асфиксией плода и др.

Для внутреннего поворота плода на ножку в начале родов у роженицы с переднеголовным предлежанием, когда сохраняется подвижность плода, показаний обычно не бывает; когда же головка опускается в таз и плод теряет подвижность, внутренний поворот противопоказан.

Наиболее опасные ошибки при ведении родов с переднеголовным вставлением допускаются в тех случаях, когда этот вид вставления не распознают либо поздно определяют. В особенности плохие исходы бывают при нераспознанных сопутствующих осложнениях — слабости родовых сил, предлежании плаценты, ручки и других осложнениях. В подобных случаях роды могут надолго затянуться, наступает внутриутробная асфиксия, а нередко и смерть плода. Необходимо иметь в виду, что при средних размерах таза, средней величине плода и хорошей родовой деятельности роды, как

правило, заканчиваются самопроизвольно. Важно вовремя выявить сопутствующие осложнения и с их учетом вести роды, а при необходимости — применить те или иные акушерские пособия. Кесарево сечение оправдано только при сочетании переднеголового вставления с другими видами патологии, при полной уверенности, что роды через родовые пути невозможны либо создается угроза для матери и плода.

Лобное предлежание головки. Лобное предлежание чаще всего встречается в виде переходной фазы лицевых вставлений, причем оно нередко остается нераспознанным. Стойкое лобное вставление головки встречается в 0,02—0,11% ко всем родам, составляя 4—6% всех разгибательных вставлений головки (И. П. Лазаревич, М. С. Малиновский, И. И. Грищенко).

На механизм и исход родов оказывают влияние величина и форма головки плода, размеры и форма таза, состояние матки, брюшного пресса, а также мышц тазового дна. Первым движением головки при лобных предлежаниях принято считать разгибание, которое наступает рано, когда головка стоит во входе в малый таз (рис. 7). Ведущая точка находится на середине лобного шва, ниже всего опускается лобная часть головки. Во время вступления головки в малый таз лобный шов занимает поперечное положение по отношению к тазу, изредка он может стоять в одном из косых размеров. В таком состоянии головка опускается до тазового дна, где под влиянием сложного взаимодействия родовых сил и сопротивления костных и мягких тканей родовых путей совершается второй поворот головки, во время которого лицевая часть продвигается вперед, к симфизу, а затылок занимает крестцовую впадину.

По мере дальнейшего продвижения головки верхняя челюсть в положении точки фиксации становится под симфиз. Затем наступает третий поворот головки — сгибание, при котором выходит лоб, теменная часть головки и затылок. Вскоре точка фиксации перемещается в подзатылочную часть головки, происходит легкое разгибание головки, во время которого прорезывается верхняя челюсть и подбородок, и рождение головки заканчивается.

Движение разогнутой головки при лобном предлежании может проходить по одному из двух вариантов. Иногда разгибание головки совершается во входе в малый таз, а дальше, при определенных условиях, до выхода из него головка проходит, не сгибаясь и не разгибаясь, тогда и будет стойкое лобное вставление. Во втором случае



Рис. 7. Лобное предлежание.



Рис. 8. Конфигурация головки плода при родах в лобном предлежании.

головка может еще больше разгибаться по мере прохождения в малом тазу и переходить в лицевое вставление.

Очень важно определить, имеется переход в лицевое или остается стойкое лобное вставление, от этого во многом зависит исход родов; при переходе в лицевое предлежание возможность прохождения ребенка либо его извлечение более вероятно по сравнению с лобным, при котором бывают особенно тяжелые осложнения (разрывы мат-

ки, внутриутробная асфиксия и смерть плода).

При лобных вставлениях по сравнению с затылочными головка проходит сравнительно большим затылочно-лицевым размером, равным по окружности 35 см, а по диаметру — 12 — 12,5 см. Для прохождения головки таким размером требуются особо благоприятные условия. Это может произойти при широком тазе, когда имеется хорошая родовая деятельность, или при небольшом плоде в случае преждевременных родов.

При всех условиях, продвижение головки в лобном вставлении совершается медленно, роды затягиваются. Наступает резкая конфигурация головки со сдавлением в затылочно-лицевом направлении. Головка оказывается вытянутой в направлении лба, имеющего в профиль треугольную форму (рис. 8). Следы такой конфигурации иногда остаются на всю жизнь.

Исход родов при лобных вставлениях во многом зависит от своевременного оказания помощи при родах, без него не следует рассчитывать на благоприятный исход для матери и плода, при этом часто бывают разрывы матки. Поэтому важно вовремя распознать этот вид патологии, тщательно наблюдать за роженицей, и как только появится малейшая угроза для матери или плода, — оказать помощь.

Распознать лобное вставление при высокостоящей головке бывает трудно, к тому же оно часто после отхождения вод переходит в лицевое.

Признаки лобных вставлений следующие: над входом в таз можно прощупать головку с выступающим подбородком, ясно определить углубление между спинкой и разогнутой головкой, сердцебиение плода легче прослушать на стороне грудки, а не спинки. На той же стороне, где хорошо слышно сердцебиение плода, легко определить мелкие части. Лобное вставление окончательно подтверждают

влагалищным исследованием, во время которого при высоком стоянии головки определяют лобный шов и достигают пальцами края большого родничка, во многих случаях, пока еще головка высоко, большой родничок достичь невозможно.

После продвижения предлежащей лбом головки в полость малого таза при влагалищном исследовании без труда определяют этот вид разгибательного вставления. Так, с одной стороны, хорошо можно определить надбровные дуги, сходящиеся у корня носа, с другой, противоположной стороны,— прощупать большой родничок, с расходящимися от него в четыре стороны швами. Между ними легко определить лобный шов, по направлению которого судят о стоянии головки относительно малого таза.

Лобные вставления можно смешать с лицевыми, в особенности в фазе перехода их в лицевые. Чтобы избежать этой ошибки, во время влагалищного исследования обращают внимание на следующее: если по краям лобного шва достигают края носа, а на другой стороне — переднего угла большого родничка,— головка находится в лобном вставлении; при достижении пальцами кончика носа и подбородка головка находится в лицевом вставлении.

По расположению надбровных дуг и большого родничка определяют стояние головки по отношению к отдельным участкам малого таза. Влагалищное исследование должны вести очень осторожно, чтобы не повредить глаза ребенку. При лобных предлежаниях возможны различные исходы родов: в любой момент следования головки по родовым путям может наступить ее максимальное разгибание с переходом в лицевое вставление, что часто бывает после отхождения околоплодных вод. Поэтому при сохраненном плодном пузыре трудно говорить окончательно о лобных предлежаниях.

Маленькая головка может пройти поперечно через все размеры таза и выйти самостоятельно, без вмешательств, что бывает очень редко.

Роды в лобном вставлении часто осложняются преждевременным и ранним отхождением вод, слабостью родовых сил, внутриутробной асфиксией плода, инфекцией. Головка может долго не продвигаться по родовому каналу. Самое же опасное заключается в том, что создаются непреодолимые препятствия для продвижения головки, в результате чего наступает разрыв матки.

Исход родов определяется не только самим разгибательным вставлением головки, но и причинами, вследствие которых головка разогнулась. Акушер не должен терять надежды на самостоятельные роды у рожениц с широким тазом, у рожавших ранее крупных детей и при преждевременных родах. Во всех случаях можно ожидать перехода головки из лобного в лицевое вставление. В это время за роженицей должны вести тщательное наблюдение, чтобы оказать вовремя необходимую помощь.

Если в течение 2—4 часов при хорошей родовой деятельности перехода в лицевое предлежание не совершается, надо считать, что

условий для такого перехода нет, следовательно, имеется стойкое лобное стояние головки в малом тазу. Создается опасность для матери и плода.

Иногда в переходный момент родовые схватки становятся беспорядочными, появляются потуги при высоко стоящей головке, наступает угрожающее состояние (возможность разрыва матки). В подобных случаях следует срочно дать наркоз и закончить роды в зависимости от акушерской ситуации — либо кесаревым сечением, либо перфорацией головки, допуская в виде крайней меры перфорацию головки живого плода. Как ни тяжела эта операция на живом плоде (она указывает на несовершенство акушерской помощи при родах), однако переживается всеми легче, чем разрыв матки или смерть роженицы.

Очень сложно обстоит дело, когда лобное вставление головки сочетается с несоответствием между родовыми путями матери и величиной головки плода. Почти в половине случаев лобные вставления являются следствием сужения таза.

При небольшом сужении таза и малом плоде роды могут закончиться самопроизвольно, однако во время родов опасность для матери и плода сохраняется; в частности, могут наступить разрывы матки.

В случае сочетания узкого таза с лобным вставлением головки операция кесарева сечения является вполне оправданной, так как она предупреждает осложнения для матери и сохраняет жизнь ребенку. Особенно оправдана эта операция у старых первородящих женщин, а также у рожениц с отягощенным акушерским анамнезом.

Если замечены признаки угрожающего разрыва матки, а условия для кесарева сечения отсутствуют, необходимо без промедления произвести краниотомию. Направление в подобных случаях роженицы в другое лечебное учреждение следует считать грубой ошибкой.

В случае наступления внутриутробной смерти плода также показана краниотомия, чтобы избежать в родах осложнений для матери.

Применение акушерских щипцов при лобных вставлениях допустимо только в особо благоприятных условиях, когда головка совершила внутренний поворот и находится у выхода из таза, причем щипцы может накладывать только квалифицированный акушер, владеющий техникой этой операции. На головку, стоящую в полости малого таза, до совершения второго поворота щипцы лучше не накладывать. Во всех случаях применение щипцов при лобном вставлении должно рассматриваться как пробное, и если встречаются затруднения, от продолжения операции лучше отказаться.

Роды в лобном вставлении всегда протекают долго, до 30—48 часов, при этом плод всегда испытывает внутриутробную асфиксию, для предупреждения которой необходимо применять глюкозу, кислород и другие средства. Состояние внутриутробного плода необ-

ходимо учитывать при ведении родов, при решении о времени оперативного родоразрешения и его способе.

Как указывалось выше, во время родов в лобном вставлении нередко наступают тяжелые травмы мягких родовых путей. Встречаются случаи, когда головка, будучи в лобном вставлении, совершает атипичный поворот: глазницы поворачиваются в сторону крестца, а большой родничок вперед, к симфизу. В таких условиях роды становятся невозможными, необходимо их окончить краниотомией. Подобная патология встречается крайне редко, в акушерской клинике Минского медицинского института в течение 40 лет она не встречалась.

При затянувшихся родах, сопровождающихся оперативным вмешательством, часто встречаются атонические кровотечения, в связи с чем требуется вмешательство для остановки кровотечения: ручное отделение последа, обследование полости матки, массаж матки на кулаке, кюретаж и др.

При ведении родов с лобным вставлением нередко допускают ошибки: поздно или вовсе не распознают лобные вставления, что наблюдается при недостаточной опытности врачей. После установления диагноза, с одной стороны, часто делают поспешное ошибочное заключение о невозможности родов, и тогда совершают кесарево сечение либо краниотомию, с другой стороны, длительное выжидание иногда приводит к разрывам матки, что наблюдается часто не столько вследствие неопытности врача, сколько вследствие недостаточного наблюдения за динамикой родов.

При всех условиях перед врачом, ведущим роды, стоят три основные задачи: установить лобное вставление, правильно оценить акушерскую ситуацию на различных этапах ведения родов и определить момент, когда необходимо приступить к оперативному родоразрешению, если невозможны самопроизвольные роды.

Ввиду частых осложнений при лобных вставлениях головки прогноз родов следует ставить осторожно. Нужно иметь в виду, что это тяжелое осложнение родов, поэтому за роженицами должны вести постоянное наблюдение (чтобы не просмотреть начинающегося разрыва матки), и выбор акушерских пособий должен зависеть от изменяющейся ситуации в родах.

Лицевые предлежания головки. Лицевые предлежания головки есть следствие максимального разгибания головки во время прохождения по родовым путям. По данным различных авторов, количество лицевых вставлений колеблется от 0,15 до 0,56% (С. С. Холмогоров, В. М. Михайлов, В. С. Груздев, Г. Я. Молчанова). Как сообщает Г. Г. Гентер, на лицевые вставления приходится 37% всех разгибательных вставлений. Такие же данные приводят в последние годы зарубежные авторы.

При лицевых вставлениях, как и при затылочных, различают позицию и вид плода. При стоянии спинки слева плод имеет первую позицию, при стоянии ее справа — вторую. Вид плода большинст-

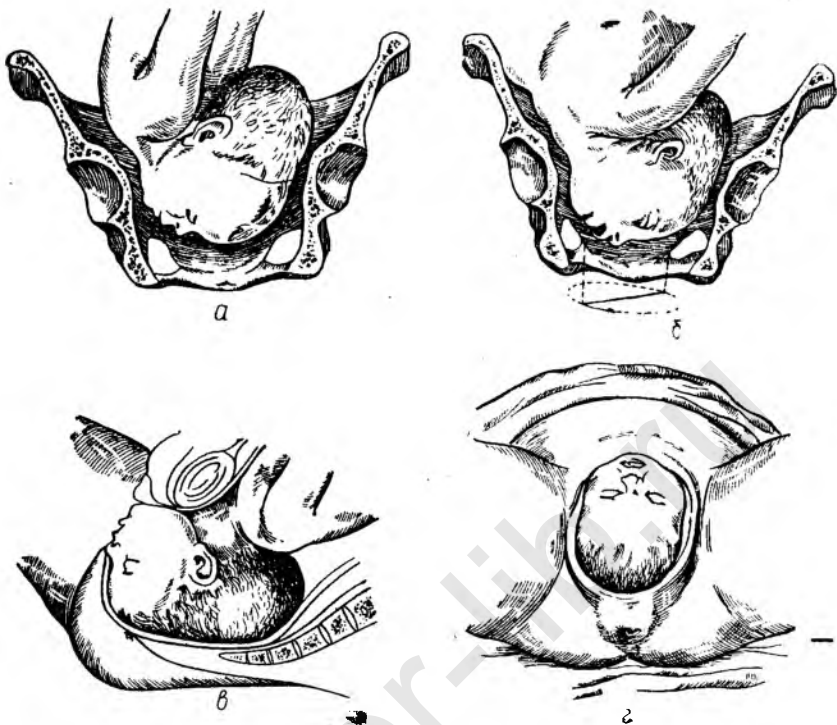


Рис. 9. Головка плода при родах в лицевом предлежании:
 а — разгибание; б — внутренний поворот; в — врезывание личика; г — по рождению лица над промежностью рождается темя.

во акушеров определяют по положению спинки: поворот ее вперед, к лону, является признаком переднего вида, поворот к крестцу — заднего.

Механизм родов при лицевых предлежаниях складывается из сложных движений головки и туловища плода. Первым движением головки является разгибание, которое начинается во входе в малый таз и по мере продвижения усиливается. В начале родов головка устанавливается лицевой линией, которую условно можно провести от лобного шва к подбородку, в поперечном размере малого таза, а затем лицевая линия постепенно переходит из поперечного размера в косой и дальше в прямой размер (рис. 9).

Поворот совершается по вертикальной оси головки, так что ведущая точка (подбородок) становится у лона, а затылок опускается в крестцовую ямку. Следовательно, спинка плода оказывается вблизи позвоночника роженицы. По мере дальнейшего поступательного движения головки из-под лона прорезывается подбородок с нижней челюстью. В положение точки фиксации становится область подъязычной кости, которая задерживается у лона.

Рис. 10. Конфигурация головки плода при родах в лицевом предлежании.

Родовые силы, действуя на головку через позвоночник, вызывают следующее движение — сгибание головки. При этом постепенно прорезываются угол рта, личико, лоб, теменные кости, затылок.

По механизму движения головки роды в лицевом вставлении несколько напоминают роды в затылочном, но здесь как бы в обратном порядке совершаются вращения головки: первое движение головки при затылочном вставлении — сгибание, при лицевом — разгибание; второе движение при затылочном вставлении происходит затылком к симфизу, а при лицевом — к крестцу; третий поворот при лицевом вставлении — сгибание, а при затылочном — разгибание.

Однако при кажущемся сходстве механизма движения головки имеется коренное различие этих двух вставлений. При лицевых вставлениях головка проходит родовые пути большим, вертикальным, размером, в то время как при затылочных — меньшим, малым, косым, размером.

При лицевых вставлениях бывает резко выражена конфигурация головки: она сдавлена по вертикальному размеру и вытянута в передне-заднем прямом размере, т. е. имеет долихоцефалическую форму (рис. 10). В первые дни после родов на лице остается отек мягких тканей в области рта, щек, век, глаза не открываются; отекий язык мешает сосанию молока. Через некоторое время все эти изменения бесследно исчезают.

Роды, как правило, принимают затяжной характер, они могут осложниться как для матери, так и для плода. Правильное ведение родов возможно только при своевременном распознавании этой патологии.

Распознавание лицевых вставлений в большинстве случаев не представляет труда: приемами наружного акушерского исследования между спинкой и головкой плода над лоном определяется углубление — бороздка, которая возникает вследствие максимального разгибания головки; определяется острый выступ лица — подбородок: при лицевых вставлениях сердцебиение плода лучше выслушивается на стороне разогнутой грудной клетки, а не спинки, как это бывает при затылочных предлежаниях. О том, что более отчетливое сердцебиение прослушивается со стороны выпяченной грудки, указывает наличие на этой стороне мелких частей плода (ручек, ножек).



Влагалищное исследование облегчает распознавание лицевых предлежаний. Нахождение лба, надбровных дуг, глазниц, носа с двумя отверстиями ноздрей, ротика с челюстями, языка и подбородка не оставляет сомнения в том, что имеется лицевое предлежание (А. Я. Красовский).

Распознавание указанных частей лица затрудняется при длительном стоянии головки в тазу, когда на лице появляется родовая опухоль. В этих случаях лицевые вставления можно смешать с ягодичными, мошонку принять за нос и губы, а заднепроходное отверстие — за рот. Однако, если внимательно относиться к анализу получаемых данных, нельзя смешать с плотным крестцом такие лицевые части, как надбровные дуги, ротик с отекшими губами, языком и плотными челюстями, нос с носовыми ходами. При ягодичных предлежаниях определяются гребешки крестца, заднепроходное отверстие, отсутствуют плотные челюсти, выступающие надбровные дуги, нос и подбородок. При определении лицевых предлежаний влагалищное исследование нужно вести осторожно, так как можно повредить глаза плоду.

Исход родов зависит от многих обстоятельств и прежде всего от причины, вызвавшей разгибание головки. Так, при сочетании лицевых вставлений с узким тазом, наличием опухолей, мешающих головке опускаться в таз, трудно рассчитывать на хороший исход родов при выжидательном их ведении.

При соответствии между родовыми путями и величиной плода, хорошей родовой деятельности можно вести роды без оперативных вмешательств. Самопроизвольные роды В. М. Михайлов, М. С. Малиновский И. И. Яковлев, П. Я. Молчанова наблюдали в 75—95 % лицевых предлежаний.

Однако следует иметь в виду, что при лицевых вставлениях могут быть тяжелые осложнения как для матери, так и для плода. При длительном стоянии головки в полости таза не исключена возможность отека мягких тканей родового канала, разрыва промежности, образования пузырно-влагалищного свища и разрыва матки. Вследствие преждевременного отхождения вод, медленного продвижения головки по родовым путям, сдавления головки и сонных артерий с венами нередко наступает внутриутробная асфиксия и смерть плода, которая при лицевых предлежаниях встречается примерно втрое чаще, чем при затылочных.

Ведение родов при лицевых предлежаниях должно быть выжидательным, со строгим наблюдением за роженицей и плодом. Здесь трудно установить прогноз родов и определить план их ведения, так как многие осложнения проявляются в самом процессе родов. Нередко преждевременное отхождение вод, слабость родových сил, выпадение пуповины, угроза разрыва матки заставляют изменять первоначальный план ведения родов и применить акушерские вмешательства.

Во всех случаях, когда выявляется несоответствие между ро-

довыми путями и величиной плода, отдается предпочтение кесареву сечению, если состояние плода позволяет рассчитывать на его жизнеспособность после операции. В подобных случаях кесарево сечение делается, по данным различных авторов, в 4—12% всех лицевых предлежаний. Если акушер окончательно решил делать кесарево сечение, его должны проводить немедленно, так как во время родов состояние плода может измениться в неблагоприятную сторону.

В случае наступления внутриутробной смерти плода должна быть сделана операция — перфорация головки с краниоплазией.

При показаниях к окончанию родов для их завершения можно применять акушерские щипцы (при этом необходимы определенные навыки), эту операцию выполнять легче, когда головка совершила второй поворот и приблизилась к выходу из таза. Однако и здесь полезно помнить совет Г. Г. Гентера — следить за тем, чтобы бранши щипцов накладывались через щеки, виски, теменные кости. До сведения ложек щипцы следует приподнимать рукоятками кверху, так как это способствует захватыванию затылочной части головки. В противном случае ложки могут оставаться на лице, их верхушки будут вонзаться в шею, сдавливать сонные артерии, что приведет к смерти плода в щипцах.

Поворот плода на ножку по Г. Г. Гентеру проводят редко, так как до вставления головки в малый таз роды ведут выжидательно, а когда головка опускается в полость таза, плод теряет подвижность, и тем самым возможность поворота исключается, кроме того, не устраняется основная причина разгибательного вставления, в основе которого очень часто лежит несоответствие между родовыми путями и головкой плода.

Исход и прогноз родов резко меняются, если во время второго поворота головка подбородком становится у крестца (рис. 11). При этом головка вместе с плечевым поясом должна пройти нижнюю часть малого таза, что при средних размерах таза роженицы и средней величине плода становится невозможным. В таких случаях для предупреждения разрыва матки и септических осложнений при наличии условий показано кесарево сечение или краниотомия. Этот вид лицевых вставлений, когда головка подбородком становится у крестца, встречается исключительно редко; в акушерской клинике Минского медицинского института за последние 15 лет наблюдались только одни такие роды.

Исправление положения головки ручным сгибанием (по Торну) в настоящее время не находит сторонников, так как этим причина не устраняется, часто головка вновь занимает разогнутое положение.

Во время родов с лицевым предлежанием иногда допускают ошибки: поворот плода на ножку при неподвижном плоде, что неизбежно приводит к разрывам матки, применение высоких акушерских щипцов, когда головка не вступила в малый таз, что приводит

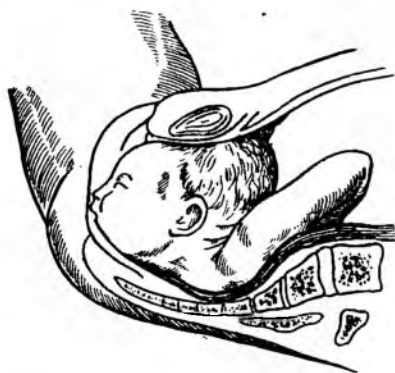


Рис. 11. Лицевое предлежание, передний вид (подбородок к крестцу).
Остановка родов

к невозможности наложения щипцов либо извлечения головки, а в связи с этим могут быть разрывы матки, мочевого пузыря и лонного сочленения.

Иногда кесарево сечение делают без учета жизнеспособности плода, ребенка извлекают или мертвым, либо в тяжелой асфиксии, а это приводит к увеличению травматизма матери и плода.

Ошибки чаще всего связаны с тем, что неверно оценивают акушерскую ситуацию, не учитывают состояние родовых сил, состояние плода, не распознают истинное соотношение родовых путей и головки, а также не распознают стояния головки в различных плоскостях и др.

Во время родов осложнения уменьшаются при соблюдении следующих принципов: покоя в первом периоде родов, что способствует сохранению плодного пузыря, предупреждает выпадение пуповины; ранней профилактики внутриутробной асфиксии плода, что облегчает выжидательное ведение родов, уменьшает необходимость оперативных вмешательств, улучшает прогноз и исход родов для матери и плода; своевременной перинеотомии, что предупреждает глубокие разрывы промежности.

Правильный выбор родоразрешающих операций и успешное выполнение их может быть только при условии знания акушерской ситуации; без этого всегда остается большая опасность для матери и плода.

Редкие формы аномалий вставлений головки. Затылочные предлежания по характеру течения родов являются самыми благоприятными, так как при них головка проходит по родовому каналу малым косым размером. Такие роды относятся к нормальным. Однако и при затылочных вставлениях могут встречаться отклонения в продвижении головки, при которых роды затягиваются. К ним относятся низкое поперечное и высокое прямое стояние головки, а также асинклитические вставления. Каждому из них присущи свои особенности, они могут быть вследствие многих причин, общим является то, что роды принимают патологический характер и часто нужны оперативные пособия.

Низкое поперечное стояние головки возникает в тех случаях во время родов, когда предлежащая затылком головка продвигается до выхода из таза, не совершив второго внутреннего поворота, и рождается со стреловидным швом в поперечном раз-

мере. Такое отклонение встречается в 0,5—1% ко всем родам. Причинами такого отклонения могут быть: плоский, воронкообразный, широкий таз, аномалии сократительной деятельности матки, небольшая головка.

Однако самой частой причиной является плоский таз с суженным прямым размером выхода. При небольшом плоде и хорошей родовой деятельности рано или поздно совершается внутренний поворот плода либо головка прорезывается из влагалища, оставаясь в поперечном размере выхода из таза. При средней величине плода головка долго задерживается у выхода из таза, наступает слабость родовых сил, роды осложняются инфекцией.

Такое отклонение в механизме родов важно своевременно распознать. Низкое поперечное положение можно предполагать в том случае, если при затылочном вставлении, хорошей родовой деятельности головка стоит в малом тазу без движения.

Диагноз уточняют при влагалищном исследовании — головка заполняет полость малого таза, стоит низко, стреловидный шов ее находится в поперечном размере таза. В случае образования родовой опухоли распознавание затрудняется, поскольку иногда боковой родничок у лона принимают за малый. Чтобы не допустить такой ошибки, следует вблизи этого родничка у лона найти ушко. Этот признак указывает на низкое поперечное стояние головки. При этом роды нужно вести по возможности выжидательно. Само по себе такое отклонение не должно служить показанием для оперативного окончания родов.

В случае длительного стояния головки у выхода из таза следует испытать комбинированное вращение головки двумя руками. Для этого два пальца правой руки вводят через влагалище за заднюю теменную кость и оттесняют ее вперед; одновременно левой рукой смещают туловище плода. Движение головки должно проводить так, чтобы малый родничок отходил к лону, иначе плод может оказаться в заднем виде, менее выгодном для его продвижения.

Если появились показания к окончанию родов, а попытка такого смещения головки оказалась безуспешной, на головку плода можно наложить атипичные акушерские щипцы. Однако все манипуляции, связанные с заведением ложек и извлечением плода в щипцах, нужно вести очень осторожно. В случаях, когда извлечь плод щипцами невозможно, показана краниотомия.

При длительном стоянии головки у выхода из малого таза наступает внутриутробная асфиксия. Если головка у выхода из таза в течение 2 часов не совершает внутреннего поворота, Мартиус рекомендует применять акушерские щипцы, однако показания для их наложения могут появиться и раньше. При этом следует учитывать возможные осложнения для матери, а также состояние плода.

Высокое прямое стояние головки принято считать, когда головка, находясь в состоянии сгибания, стоит

во входе в малый таз стреловидным швом в прямом размере таза.

Во многих случаях оно бывает переходящим и не распознается; но это отклонение может быть стойким, когда головка после отхождения вод вклинивается во вход в малый таз и даже опускается в него, оставаясь стреловидным швом в прямом размере таза. Частоту высокого прямого стояния головки разные авторы отмечают от 0,2 до 1,6%. Такая разница зависит от раннего или запоздалого распознавания этого вида вставления. Иногда наступает поворот головки с переходом в обычное затылочное положение, и тогда высокое стояние остается незамеченным.

Причина неправильного стояния головки заключается в своеобразных изменениях формы, а также размеров таза (общесуженный, воронкообразный, поперечносуженный и др.), в изменении формы головки (долихоцефалия, плоская форма свода черепа), в снижении тонуса брюшного пресса и функциональной недостаточности матки, особенно нижнего ее сегмента (И. Ф. Жордания, Р. И. Колганова, Мартиус).

Высокое стояние головки встречается двух видов — переднее, когда затылок обращен к симфизу, и заднее — когда затылок стоит у крестца (рис. 12).

Большинство авторов отмечает, что передний вид встречается чаще заднего, Т. В. Червакова такой разницы не наблюдала. Особенно трудно распознать высокое прямое стояние головки до от-

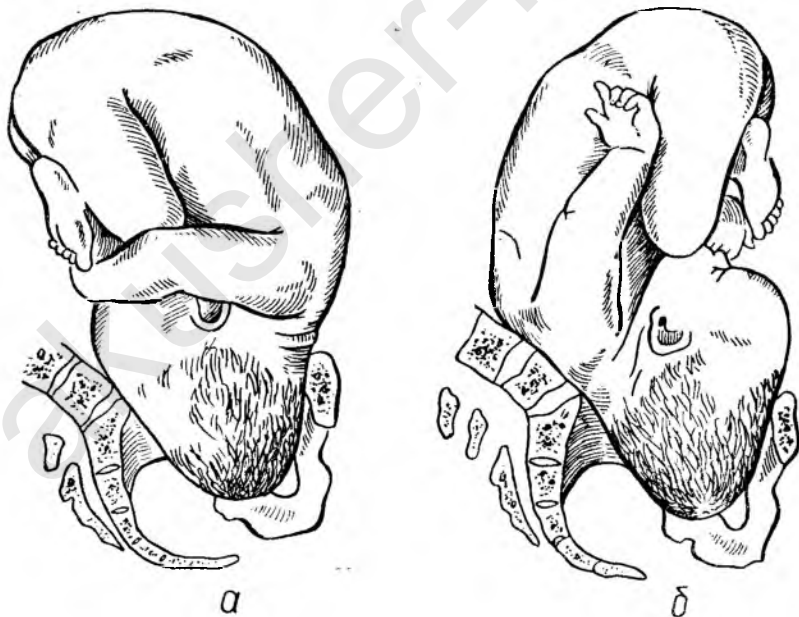


Рис. 12. Высокое прямое стояние головки: а — *positio accipitalis anterior s. pubica*; б — *positio accipitalis posterior s. sacralis*.

хождения вод. Однако его можно заподозрить, когда над входом в малый таз определяется необычно узкая, нависающая над лоном головка, которую можно захватить руками в поперечнике.

После отхождения вод возможно смещение головки; она стреловидным швом становится в одном из косых размеров; опускается в малый таз, и роды протекают по типу затылочных вставлений. В случае отсутствия такого смещения головка плотно фиксируется во входе в малый таз и высокое прямое стояние переходит в высокое прямое вставление головки. При высоком стоянии головку можно сместить, оттолкнуть вверх, при вставлении оттолкнуть головку вверх не удается. После отхождения вод схватки становятся болезненными; несмотря на хорошую родовую деятельность, головка не опускается в малый таз.

В подобных случаях должно быть сделано немедленно влагалитное исследование, при котором в зависимости от глубины продвижения головки будут неодинаковые данные: при высоком прямом стоянии головки крестцовая впадина остается свободной. Однако после введения во влагалитце всей кисти руки малый родничок можно достичь у лона или в области крестца, а также определить и стреловидный шов, расположенный в прямом размере таза.

По мере продвижения головки в таз, что совершается крайне медленно, на ней образуется родовая опухоль, которая еще больше затрудняет исследование. При этом трудно установить, где находится малый родничок и в каком положении по отношению к стенкам таза располагается стреловидный шов.

Ошибки будут исключены, если учитывать особенности, свойственные высокому прямому вставлению головки. При таком вставлении головка глубоко опускается в малый таз позади лонного сочленения, в то же время задняя часть малого таза не заполняется головкой, она остается свободной. Малый родничок при влагалитном исследовании можно достичь, большой стоит высоко, и пальцы акушера его не достигают.

Исход родов при этом зависит от многих моментов: от родовых сил, соответствия между тазом матери и величиной головки плода, от способности головки конфигурироваться. При хорошей родовой деятельности головка может сместиться, стреловидный шов становится в одном из косых размеров и роды заканчиваются по типу затылочных вставлений. Если смещение не наступает, развивается тяжелое осложнение. Схватки резко усиливаются, становятся болезненными и продолжительными.

Передний вид высокого прямого вставления головки является более благоприятным по сравнению с задним, так как при нем чаще можно рассчитывать на самопроизвольные роды, однако они совершаются не более чем в половине случаев. Малая головка может пройти весь родовой канал, не совершая внутреннего поворота. При средней величине головки она, ввиду несоответствия, не вступает в малый таз, часто создаются непреодолимые препятствия,



Рис. 13. Высокое прямое стояние головки. Ручное исправление положения головки (схема).

развивается вторичная родовая слабость, роды затягиваются, наступает внутриутробная асфиксия и смерть плода. При этом возможны разрывы матки и образование пузырно-влагалищных свищей. Последнее бывает вследствие долгого стояния головки в полости таза (по данным Г. В. Черваковой, роды продолжались 23—36 часов, по З. М. Захаровой — 56—63 ча-

са). Особенно тяжело протекают роды при заднем виде плода.

Важно распознать высокое прямое стояние головки в начале родов, когда сохраняется подвижность плода, чтобы в случае необходимости не упустить момент для смещения головки ручными приемами.

Применение акушерских пособий следует начинать с менее сложных, менее рискованных для матери и ребенка. Вначале, когда еще головка подвижна, можно испытать ручной прием ее смещения по типу «кегельного шара». Во влагалище вводят четыре пальца или даже всю кисть руки, пальцы охватывают нижний полюс головки, которую нужно слегка приподнять кверху и перевести из прямого в косое положение. Это пособие необходимо сделать под эфирным наркозом, причем смещение головки следует совершать в промежутке между схватками, с одновременным отведением через брюшные стенки лобной части в противоположную сторону. Смещать головку желательно в том направлении, куда она легче сдвигается (рис. 13).

После смещения головки нужно выждать 2—3 родовые схватки, не снимая пальцев с головки, что препятствует обратному ее смещению.

В случае перехода головки обратно в прямое стояние при наличии важнейших условий (подвижность плода, полное открытие зева шейки матки, хорошее соответствие между размерами таза роженицы и головкой плода) можно произвести комбинированный наружно-внутренний поворот на ножку с последующим извлечением плода.

Для облегчения вставления головки в малый таз роженице полезно придать на 20—30 минут вальхеровское положение со спущенными через край стола ногами, что увеличивает прямой размер входа в малый таз до 1 см, а у выхода в это время он уменьшается.

После утраты подвижности плода выбор пособий может быть между кесаревым сечением, пробными акушерскими щипцами, вакуум-экстракцией и краниотомией.

Сочетание высокого прямого стояния головки с узким тазом независимо от степени его сужения должно явиться веским показанием для кесарева сечения. При затянувшихся родах, осложненных слабостью родовых сил и внутриутробной асфиксией плода, кесарево сечение нужно производить осторожно, так как можно извлечь нежизнеспособного ребенка с кровоизлиянием в мозг.

После вступления головки в полость малого таза роды следует вести выжидательно, имея в виду, что они могут окончиться без оперативных вмешательств.

В случае появления показаний со стороны матери или плода для окончания родов можно применить акушерские щипцы. Если ввести ложки щипцов и извлечь ребенка трудно, щипцы нужно считать пробными и от операции отказаться, так как при чрезмерной силе тракций травмируется мать и ребенок может родиться с кровоизлиянием в мозг, последствия которого иногда остаются на всю жизнь. В подобных случаях лучше произвести краниотомию.

Высокое прямое вставление головки признается тяжелой акушерской патологией. При таких родах часто бывают осложнения, нередко приходится применять оперативные вмешательства. По данным Т. В. Черваковой, самопроизвольные роды наблюдались лишь в 13,1% случаев, причем при переднем виде в 2 раза чаще, чем при заднем. Исход родов во многом зависит от своевременного оказания акушерской помощи.

Наиболее часто допускаются ошибки при ведении родов с высоким прямым стоянием головки, когда этот вид патологии не распознается. В связи с этим беременных с этой патологией должны заранее направлять на роды в стационар, где им с самого начала родов необходимо уделять особое внимание.

Асинклитические вставления головки. Этот вид вставления подробно описан в разделе «Аномалии строения женского таза», поскольку он чаще всего встречается у женщин с узким тазом. Здесь коснемся лишь основных моментов дифференциальной диагностики, поскольку асинклитические вставления нередко смешиваются с другими видами патологии.

Синклитическим, или осевым, вставлением головки обозначается такое вставление, когда передняя и задняя части головки одновременно опускаются в малый таз, при этом стреловидный шов находится в центре, на одинаковом расстоянии от лона и мыса.

При асинклитизме передняя либо задняя теменная кость опускается раньше, а стреловидный шов отклоняется от центра.

Асинклитизм делят на передний, или негелевский, и задний, или лицмановский. Их различают по следующим признакам. Если передняя теменная кость опускается первой в малый таз, а стреловидный шов отклоняется к мысу, асинклитизм следует считать пе-

редним, в случае продвижения вперед задней теменной кости возникает задний асинклитизм (рис. 14), при котором стреловидный шов стоит ближе к лону.

Передний асинклитизм встречается в 2—3 раза чаще заднего, однако последний дает более частые осложнения во время родов. Легкие степени асинклитизма во многих случаях нестойки и часто не распознаются, поэтому авторы приводят неодинаковые данные — от 0,004 до 0,3% (А. Я. Красовский, С. Я. Малиновская).

Одни акушеры только синклитические вставления головки считают нормальными, другие умеренный асинклитизм не считают патологией, хотя и признают, что он может указывать на дисгармонию между формой и величиной входа в малый таз, с одной стороны, и формой и величиной головки плода — с другой.

Внеосевое вставление головки возникает под влиянием многих причин — изменения формы и величины таза, что особенно часто бывает у рожениц с плоским рахитическим тазом (по С. Я. Малиновской — у 44, 17%), величины и формы головки, снижения тонуса и упругости матки. При упругой брюшной стенке у первородящих чаще наблюдается задний асинклитизм, при дряблых стенках у повторнородящих — передний.

На образование асинклитизма оказывают влияние рост роженицы, степень наклона таза, перенашивание беременности. При наружном исследовании обнаруживают отвислый дряблый живот, смещение матки в сторону от позвоночника, резкое нависание головки над лоном, углубление между головкой и плечиками, задерж-

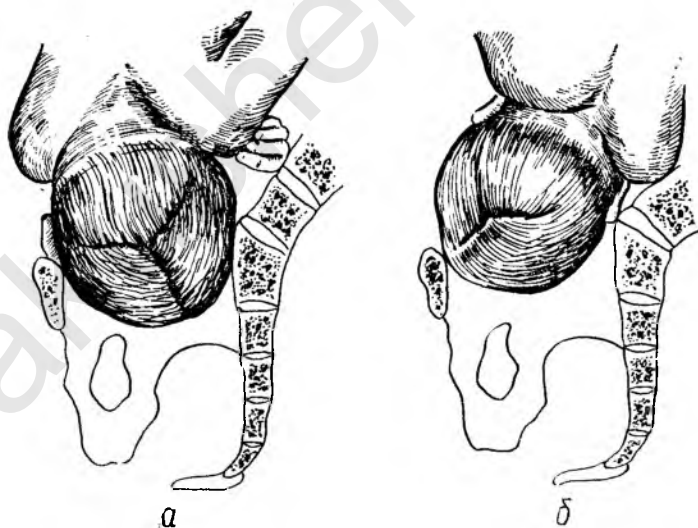


Рис. 14. Патологический асинклитизм при плоскорахитическом тазе:
а — передний; б — задний

ку головки во входе в малый таз. Диагноз устанавливают влажной исследованием: в начале родов крестцовая ямка не заполняется головкой, стреловидный шов при переднем асинклитизме смещается к мысу, при заднем находится у лона. Иногда шов смещается настолько далеко, что достичь можно только ушко. Нижний сегмент матки при этом может перерастягиваться.

Механизм родов, осложненных асинклитизмом, складывается из сложных движений головки, на которую действуют силы сокращений матки, брюшного пресса и сопротивление костных тканей таза. Взаимодействие этих сил придает головке во входе в малый таз преимущественно вращательное движение, а во время движения по родовому каналу — поступательно-вращательное.

При переднем асинклитизме в полость таза первой опускается передняя теменная кость, задняя задерживается мысом, стреловидный шов отклоняется от центра в сторону крестца: наступает конфигурация головки со смещением задней кости под переднюю, и, наконец, задержавшаяся задняя часть головки соскальзывает с мыса в малый таз. Дальше в полости таза движения головки совершаются по типу затылочных вставлений.

При заднем асинклитизме в полость малого таза опускается задняя теменная кость: стреловидный шов постепенно удаляется от лона, происходит вращательное движение головки вокруг мыса. Передняя теменная кость задерживается у лона, подходит под заднюю, которая постепенно опускается в малый таз, а следом за ней опускается и передняя теменная кость.

У рожениц с хорошей родовой деятельностью сопротивление во входе в таз при умеренном асинклитизме преодолевается за счет конфигурации головки. Однако этот процесс не всегда протекает гладко: при заднем асинклитизме самопроизвольные роды наступают только в 20—24% случаев (М. С. Малиновский, Л. А. Кривский).

Прогноз родов при умеренном асинклитизме первой степени, когда стреловидный шов незначительно отклоняется (на 1,5—2,5 см) от средней линии, благоприятен. В большинстве случаев роды проходят без вмешательств. Только изредка, по показаниям со стороны матери или плода, применяют оперативное родоразрешение. Следовательно, ведение родов должно быть выжидательным.

При патологическом заднем асинклитизме, когда стреловидный шов находится у верхнего края лона, в особенности когда легко достичь ушко, прогноз родов следует считать неблагоприятным.

Вставление головки в малый таз при переднем асинклитизме облегчается приданием роженице такого положения, при котором изменяется угол наклона таза, что достигается вальхеровским положением — подкладыванием валика под поясницу. При заднетеменном вставлении необходимо уменьшать угол наклона таза приведением ног роженицы к животу — придания ей полусидячего положения.

Задержка головки при асинклитизме чаще всего связана с несоответствием между размерами родовых путей и головкой плода. В подобных случаях может быть сделано кесарево сечение, пока не наступила глубокая асфиксия плода. Однако нередко благоприятный момент для операции упускают: развивается внутриутробная асфиксия плода, роды осложняются инфекцией. При таких условиях, спасая мать, лучше сделать краниотомию, хотя и на живом плоде, так как трудно рассчитывать на извлечение плода живым даже при кесаревом сечении.

Внутренний поворот плода на ножку при асинклитизме не находит применения, так как для него упускается время, теряется подвижность плода, а также не устраняется основная причина патологии — несоответствие между тазом и головкой плода, вследствие чего чаще образуется асинклитизм.

При выборе акушерского пособия при таких родах необходимо учитывать сложность акушерской ситуации, помня, что судьба ребенка, а иногда и роженицы, зависит от выбора пособия и его выполнения.

Косые и поперечные положения плода. Продольным физиологическим положением плода принято считать такое, когда оси длинников матки и плода совпадают. В связи с тем, что положение внутриутробного плода в известной мере изменяется, а отклонение осей практически не поддается точному учету, при решении вопроса о положении плода лучше ориентироваться на его нижележащую часть. При нахождении нижележащей части (головка, ягодица) выше гребешка подвздошной кости либо на уровне его положение следует считать поперечным; если она окажется ниже гребешка подвздошной кости и отклонена от средней линии в сторону, плод находится в косом положении.

При косых и поперечных положениях часто бывают тяжелые осложнения родов. Их не всегда удается четко разграничить, и этим по-видимому, следует объяснить большие колебания частоты (от 0,3 до 0,8%) поперечных положений к общему количеству родов (П. Х. Хажинский, И. И. Яковлев и др.).

Э т и о л о г и я. Под влиянием сложного взаимодействия биофизических сил, образующихся за счет тонуса и сокращений матки, а также формы внутриутробного плода, плод в норме занимает продольное положение. Продольно-овальная форма матки и такая же форма плода при соответствии родовых путей и величины плода облегчают действие упомянутых сил, придающих плоду продольное положение.

Нарушение взаимодействия биофизических сил может быть следствием многих причин — понижения возбудимости матки, снижения тонуса, упругости, эластичности мышцы матки после выкидышей и перенесенных воспалений; аномалии развития половых органов, смещения их; опухоли матки и придатков (фибромиома, киста), сужение таза, предлежание плаценты, многоводие и др.

Только в 50—60% случаев удается обнаружить изменения, с которыми можно связать поперечные положения плода, что объясняется чрезвычайной сложностью действия сил, обуславливающих поперечное положение.

Д и а г н о с т и к а. Во всех случаях патологии, в том числе и неправильных положений плода, очень важно своевременное ее распознавание.

При поперечных положениях плода принято различать позицию и вид плода, что имеет значение как для диагностики, так и для акушерских операций — поворота плода на ножку, эмбриотомии и др.

По месту расположения головки различают позицию, по стоянию спинки — вид плода. Первая позиция поперечного положения характеризуется нахождением головки слева, а ножек — справа; при второй позиции головка расположена справа, ножки — слева. При поперечных положениях чаще встречается первая позиция (рис. 15).

При переднем виде спинка плода обращена вперед, к брюшной стенке, при заднем — повернута к позвоночнику, иногда спинка дугообразно располагается над входом в малый таз либо у дна матки.

При выраженных признаках косые и поперечные положения плода распознать легко; иногда же распознавание затрудняется.

При осмотре беременной с поперечным положением плода проявляются следующие признаки: косоовальная форма живота с растянутыми в поперечном направлении стенками, низкое стояние дна матки, которое по сроку беременности должно находиться выше; часто отвислый живот, со смещением матки в сторону. При помощи наружной пальпации легко обнаружить плотную, шарообразную головку в одной стороне матки, а в другой — менее четко тазовый конец с ножками, причем мелкие части плода лучше обнаружить при заднем виде; часто кажется, что они лежат прямо под кожей. При третьем приеме наружного исследования пальцы проникают до мыса, не встречая предлежащей части, которая в случае поперечного положения стоит высоко над лоном. Предлежащая часть не имеет ясных контуров.

Приведенные признаки



Рис. 15. Поперечное положение плода. Передний вид первой позиции. Период раскрытия.

Рис. 16. Поперечное положение плода Подмышечная впадина закрыта влево — первая позиция.



неясно выражаются при многоплодии, многоводии, а также в тех случаях, когда матка спастически сокращается и охватывает плод после длительного безводного промежутка родов.

При целом плодном пузыре влагалищным исследованием часто невозможно установить подлежащую часть плода, так как ее нельзя достичь ни через зев, ни через стенки влагалищных сводов. По мере сглаживания шейки матки и открытия зева через оболочки плодного пузыря

можно достичь мелкие части плода — ручку, подлежащую пуповину.

Следует иметь в виду, что при неосторожном влагалищном исследовании может разорваться плодный пузырь, что осложняет течение родов. Поэтому исследование должно проводить бережно, без стремления во что бы то ни стало достичь подлежащей части.

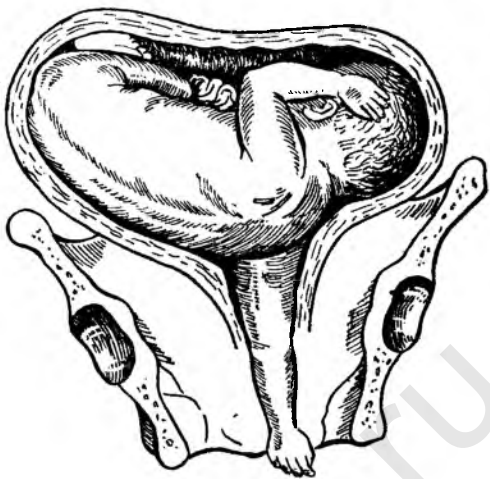
В тех случаях, когда положение плода трудно распознать обычными способами, акушер должен произвести рентгенографию.

После отхождения околоплодных вод распознавание подлежащей части плода во время влагалищного исследования облегчается, особенно если вводить во влагалище не два, а четыре пальца. Если роженица болезненно воспринимает исследование, ведет себя беспокойно, ей необходимо дать наркоз. Круглоовальное плечико, грудная клетка с ребрами, позвоночник, ключица и лопатка, если их можно достичь при влагалищном исследовании, служат опознавательными частями для установления поперечного положения плода.

Часто во влагалище находится ручка, которую можно принять за ножку и без необходимости вывести из влагалища. Чтобы избежать этой ошибки, акушер должен иметь в виду, что на ручке более длинные пальцы, большой палец свободно смещается в сторону, предплечье непосредственно переходит в кисть. На ножке пальцы короче, выступает пяточный бугор, голень со стопой составляют почти прямой угол.

Обследованием пальцами подмышечной впадины легко установить, где находится головка и, следовательно, какова позиция

Рис. 17. Поперечное положение плода. Первая позиция, передний вид. Выпадение правой ручки, запрокидывание за голову левой ручки.



плода. Головка находится в той стороне, в какую закрыта подмышечная впадина. Если подмышечная впадина закрыта влево, плод находится в первой позиции (рис. 16), вправо — во второй.

Вид плода определяют по расположению позвоночника, лопаток, ключицы. При расположении позвоночника и лопатки спереди плод будет иметь передний вид, при обратном расположении — задний.

Часто после отхождения вод выпадает ручка, что Г. Г. Гентер не считает осложнением, так как по ручке легче распознать положение, позицию и вид плода. В то же время ручка не мешает совершить внутренний поворот плода на ножку. Вправление или вычленение выпавшей ручки является ошибкой, затрудняющей поворот плода и эмбриотомию. По-нашему, выпадение ручки есть нежелательное осложнение, это способствует инфицированию, кроме того, создает большую возможность вколачивания плечика с утратой подвижности плода, т. е. образования запущенного положения.

Важно установить, какая ручка выпала, правая или левая. Для этого акушеру следует мысленно подать свою правую руку. Выпавшая правая ручка плода соответствует положению для рукопожатия, левая не соответствует. Зная, какая ручка выпала и в какой стороне находится головка, нетрудно установить вид плода.

Выпадение правой ручки при первой позиции будет указывать на передний вид (рис. 17), левой — на задний; при второй позиции будут обратные отношения.

При влагалищном исследовании, помимо определения предлежащей части, необходимо выяснить степень сглаживания шейки матки, открытия зева, установить отношение предлежащей части к малому тазу и подвижность плода.

Течение и осложнения беременности и родов. Известно, что во время беременности и родов плод из косо- и поперечного положения может самостоятельно переместиться в продольное, что обеспечит нормальное течение родов. Однако такой переход бывает редко, и плод во время родов остается в поперечном поло-

жении. В этих случаях создается опасность для матери и в особенности для плода. Эта опасность увеличивается за счет того, что поперечное положение часто сочетается с другими видами акушерской патологии: узким тазом, предлежанием плаценты, выпадением пуповины. Часто в родах наступают такие осложнения, как преждевременное отхождение околоплодных вод, слабость родовых сил. Все это неблагоприятно сказывается на течении и исходе родов, ведет к росту мертворождаемости, родового травматизма.

В случае сохранения плодного пузыря первый период родов может протекать так же, как и при продольном положении. По мере развития родовых схваток идет сглаживание шейки матки и открытие зева, однако во втором периоде и в этих случаях требуются оперативные вмешательства (поворот плода на ножку, кесарево сечение и др.).

Особенно неблагоприятные условия для плода создаются при преждевременных родах (в 25—35% от общего количества родов при данной патологии). При этом жизнеспособность плода невелика, часто наблюдается раннее отхождение околоплодных вод; нарушается маточно-плацентарное кровообращение и, как следствие, наступает внутриутробная асфиксия и смерть плода.

Длительное течение родов в случаях поперечного положения плода, оперативные вмешательства, родовый травматизм (разрывы матки и пузырно-влагалищные свищи), септические осложнения увеличивают послеродовые заболевания и материнскую смертность в связи с родами.

Исход родов без медицинской помощи в случаях поперечного положения плода обычно бывает неблагоприятным. Иногда наступает самоповорот плода (*versio spontanea*), когда под влиянием изгоняющих сил, действующих с неодинаковой силой на разные части

плода, происходит его переход в продольное положение. Это совершается при хорошей подвижности плода, когда околоплодные воды не отошли, либо вскоре после их отхождения.

Самопроизвольные роды встречаются и по типу самоизворота плода (*Evolutio spontanea*, рис. 18), который может быть двух видов:

а) по Дугласу, когда головка задерживается



Рис. 18. Самоизворот плода.

в большом тазу выше безымянной линии, а тазовый конец в это время скользит по стенке таза и выходит наружу;

б) по Денману, когда головка задерживается над симфизом, шейка плода резко вытягивается позади симфиза, вокруг шейки происходит разгибание и нижняя часть туловища плода выходит первой наружу.

По-видимому, самоизворот плода наступает только у женщин с чрезмерно широким тазом либо при небольшом плоде. Кроме того, самоизворот возможен при большой смещаемости отдельных частей туловища, что наблюдается после наступления внутриутробной смерти плода.

Изредка наблюдаются роды сдвоенным телом, когда головка вместе с верхней частью туловища проходит через родовые пути. Такие роды обычно заканчиваются мертворождением, на самопроизвольные роды при поперечных положениях не следует рассчитывать, так как во время родов плод обычно гибнет, а у матери может наступить разрыв матки.

Клиническое течение родов при поперечных положениях плода отличается разнообразием: в одних случаях, когда сохраняются околоплодные воды, первый период родов протекает нормально, в других случаях затягивается; однако как только воды отходят, увеличивается опасность для матери и плода. Последний вколачивается в малый таз, где встречает непреодолимое препятствие, нижний сегмент матки перерастягивается и наступает разрыв либо отрыв ее от влагалища. В подобных случаях наблюдается картина бандлевского разрыва матки.

В других случаях осложнения проявляются в самом начале родов, при раннем отхождении вод. При этом наступает слабость родовых сил, роды затягиваются, осложняясь родовой инфекцией. В таких случаях, если роженице не будет оказана своевременная помощь, рано или поздно наступит разрыв матки либо роженица погибнет от сепсиса вместе с внутриутробным плодом. Своевременная госпитализация беременных с поперечным положением плода, исправление положения наружным поворотом, квалифицированная акушерская помощь в родах обеспечивают благополучный исход родов для матери и ребенка.

Учитывая возможность указанных осложнений, в женской консультации необходимо внимательно обследовать беременных с неясным положением плода, чтобы вовремя распознать поперечное положение. В случае установления последнего беременную надо взять на особый учет. После этого основная задача сводится к исправлению поперечного положения в продольное, что наиболее легко достичь в 35—36 недель беременности.

Исход родов с поперечным положением плода находится в прямой зависимости от своевременности и характера акушерской помощи.

По вопросу ведения беременности и родов при указанной па-

тологии существуют различные взгляды: многие акушеры предпочитают наружный профилактический поворот, другие сомневаются в его пользе.

IV Пленум Совета по родовспоможению и гинекологической помощи Министерства здравоохранения СССР и РСФСР (1952) признал целесообразность наружного профилактического поворота в сроки — 35—36 недель беременности. В решении указаны и основные принципы ведения родов при поперечных положениях плода: при целости плодного пузыря — выжидательное ведение родов до полного открытия зева шейки матки, затем классический поворот на ножку с извлечением; в случае преждевременного и раннего отхождения околоплодных вод следует проводить метрейриз, с последующим поворотом плода на ножку и его извлечением; при сочетании поперечного положения с другими видами акушерской патологии (узкий таз, предлежание плаценты) рекомендуется операция кесарево сечение.

При решении вопроса о наружном профилактическом повороте плода следует учитывать как показания, так и противопоказания к этому пособию, о чем подробно указано в главе «Беременность и роды при тазовых предлежаниях плода».

Несмотря на то что наружный профилактический поворот получил признание и дает хорошие результаты, его часто не производят, и беременные поступают на роды с поперечным положением плода. Это бывает вследствие недостаточного наблюдения за беременными в консультации в последние месяцы беременности, а также в тех случаях, когда не распознается неправильное положение плода.

При особо благоприятных условиях и хорошей подвижности плода попытка произвести наружный поворот может быть сделана незадолго до родов и в начале их, когда еще сохранился плодный пузырь. Такой поворот А. Я. Красовский оценивал положительно.

Решая вопрос о наружном повороте незадолго до родов или при родах, следует учитывать те факторы, которые могут повлиять отрицательно на исход поворота и при которых поворот делать нежелательно: кровотечение во время беременности, сужение таза, аномалии развития матки, маловодие и многоводие, осложнение беременности токсокозом (нефропатия, преэклампсия), заболевания сердечно-сосудистой системы в состоянии декомпенсации и другие осложнения. При этом особое внимание должно быть обращено на точность диагностики и на противопоказания.

Техника наружного поворота незадолго до родов не отличается от профилактического поворота в более ранние сроки.

Ведение родов. Среди многих факторов, определяющих течение и исход родов при поперечных положениях плода, особенно большое значение имеет время разрыва плодного пузыря — отхождение околоплодных вод. Если плодный пузырь сохраняется в первом периоде родов, во время сглаживания шейки матки и открытия

зева, поворот плода на ножку при полном открытии дает обычно хороший исход. Это связано с тем, что при неизлившихся околоплодных водах сохраняется подвижность плода, сглаженная шейка не препятствует введению руки в полость матки, редко появляется спазм зева, мешающий повороту и последующему извлечению плода за ножку.

Поэтому основная задача ведения родов заключается в сохранении плодного пузыря до полного открытия зева шейки матки. Для этого роженице придается положение, в котором ее таз приподнят, чем уменьшается давление вод на расположенные над зевом шейки матки плодные оболочки. Роженица укладывается в боковое положение, на ту сторону, где расположена нижележащая часть плода. Это способствует усилению родовой деятельности и облегчает возможный переход плода в продольное положение. Влагалищные исследования следует проводить весьма осторожно, так как при них может легко разорваться плодный пузырь, что осложняет роды.

В первом периоде родов за роженицей устанавливают тщательное наблюдение и, как только воды начинают отходить, производят влагалищное исследование. В случае полного открытия зева шейки матки совершается комбинированный наружно-внутренний поворот плода на ножку. Обычно вслед за поворотом извлекают плод за ножку.

Часто при полном открытии зева к схваткам присоединяются потуги, что служит показанием для немедленного влагалищного исследования. При установлении полного открытия зева шейки матки плодный пузырь разрывают, после чего нужно совершить поворот на ножку с последующим извлечением.

Для создания опоры плодному пузырю, с целью сохранения его, во время первого периода рекомендуется проводить кольпейриз, т. е. введение во влагалище резинового баллона кольпейринтера. Для этой цели можно использовать специальные кольпейринтеры или метрейринтер.

Введенный во влагалище и наполненный жидкостью баллон способствует сохранению плодного пузыря, оказывает действие на рецепторный аппарат влагалища и матки, усиливая ее сокращения, а также в известной мере препятствует вколачиванию подлежащей части плода (плечика) в малый таз.

Схватки обычно носят ритмичный характер и в конце периода раскрытия наступают потуги, при которых баллон выталкивается из влагалища. Если при потугах баллон задерживается во влагалище, его следует извлечь и затем, убедившись в наличии полного открытия зева, сделать комбинированный наружно-внутренний поворот на ножку с последующим извлечением плода. Операцию совершать легче, если роженица находится в глубоком наркозе. Поворот нужно делать без спешки, с соблюдением очередности этапов:

сначала ввести руку в матку, затем отыскать и захватить ножку и, наконец, выполнить собственно поворот.

Следует иметь в виду, что кольпелйриз окажется полезным, когда на фоне нормального тонуса матки имеются ритмические схватки. В то же время при беспорядочной родовой деятельности на фоне повышенного тонуса матки кольпелйриз не приносит пользы, так как усиление беспорядочных схваток будет сопровождаться кислородным голоданием плода, внутриутробной асфиксией.

Наблюдения показывают, что выжидательное ведение первого периода родов при поперечных положениях плода, когда сохраняется плодный пузырь, дает хорошие результаты как для матери, так и для ребенка.

Совершенно иные условия складываются, если рано разрывается плодный пузырь. В таких случаях воды отходят преждевременно, когда нет условий для поворота. Для плода создается опасность: нарушается маточно-плацентарное кровообращение, плод сдавливается телом вколачивается в малый таз, выпадение пуповины и сдавление ее часто ведут к внутриутробной смерти плода. Существует несколько точек зрения, как вести роды в подобных случаях:

а) после отхождения вод выжидают до полного раскрытия зева шейки матки, а затем совершают внутренний поворот плода на ножку с его извлечением. Однако такое ведение родов опасно возможностью образования запущенного поперечного положения и возникновения разрыва матки, поэтому его нельзя рекомендовать;

б) делают поворот плода на ножку при неполном раскрытии зева (по Брэкстон — Гиксу), а затем, выждав до полного раскрытия зева, производят извлечение. Во время поворота создается угроза насильственного разрыва матки, к тому же поворот при неполном открытии зева не всегда удается, после поворота в большинстве случаев рождаются мертвые дети. Все это заставляет отказаться от поворота при неполном открытии зева шейки матки;

в) вводят в матку метрейринтер, выжидают до полного раскрытия шейки матки и после этого производят поворот с последующим извлечением плода;

г) производят кесарево сечение, которое в последнее время находит все больше сторонников, особенно при отягощенном акушерском анамнезе.

Изучение результатов родов при поперечных положениях плода, анализ мертворождаемости и материнской смертности при этой патологии показывают, что наилучшие результаты дает своевременное проведение метрейриза и кесарево сечение.

Остановимся на этих видах операций.

Метрейриз рекомендован IV Пленумом Совета родовспоможения и гинекологической помощи Министерства здравоохранения СССР и РСФСР.

Метрейринтер, введенный в матку после раннего и преждевременного отхождения вод у рожениц с поперечным положением

плода, способствует сохранению оставшихся и продуцируемых околоплодных вод, усиливает родовые схватки и препятствует вколачиванию плечика в малый таз. В результате выигрывается время, создаются условия (полное раскрытие шейки матки) для комбинированного наружно-внутреннего поворота с последующим извлечением плода.

Метрейринтеры можно применять любых образцов, важно, чтобы их применяли по показаниям, с соблюдением техники этой операции. В акушерско-гинекологической клинике Минского медицинского института применяют трубчатый метрейринтер, заполняющийся по типу сообщающихся сосудов. Этот метрейринтер отличается от обыкновенного тем, что через его корпус проходит дополнительная резиновая трубка, один конец которой вмонтирован в дно метрейринтера, второй — выходит наружу через стенку его горловины (рис. 19).

Наличие дополнительной трубки позволяет вводить в матку лекарственные жидкости, предупреждающие развитие в ней инфекции.

Перед введением в матку метрейринтер кипятят в течение 5—6 минут, свертывают в трубку и захватывают слегка изогнутыми щипцами с гладкими стенками. Роженица укладывается на гинекологическое кресло, во влагалище вводят зеркала и после обработки влагалища и шейки матки метрейринтер вводят в матку. У большинства рожавших женщин зев пропускает метрейринтер без расширения, у первородящих, когда раскрытие зева недостаточное, приходится расширять зев бужами — расширителями.

После введения метрейринтера в матку к нему присоединяют две сообщающиеся ампулы: одну с узким горлышком, вторую открытую, со срезанной верхушкой (рис. 20). Через срезанную верхушку в ампулу наливают жидкость, которая по сообщающимся резиновым трубкам поступает в метрейринтер и во вторую ампулу. Вторая ампула, с узким горлышком, служит для соединения ее с аппаратом, записывающим сокращения матки. Если нет необходимости вести такую запись, можно пользоваться одной ампулой.

Наполнять метрейринтер жидкостью следует медленно, чтобы не вызвать резкой реакции на быстрое растяжение баллоном стенок матки. Следует иметь в виду, что в свернутом баллоне, находящемся в полости матки, остается хотя и небольшое количество воздуха, который необходимо удалять во время наполнения метрейринтера жидкостью. Этого легко достичь кратковременным опусканием одной из сообщающихся ампул ниже уровня расположения метрейринтера. Оставление воздуха в метрейринтере нежелательно, так как в случае разрыва баллона воздух может попасть в матку и вызвать воздушную эмболию.

После наполнения метрейринтера жидкостью роженица перемещается на кровать, ампулы с жидкостью устанавливаются на таком уровне, при котором заметны колебания в них. При этом

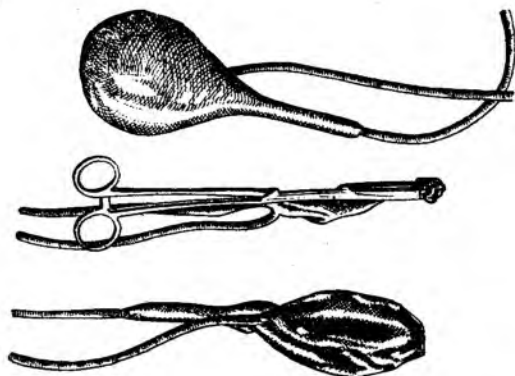


Рис. 19. Трубчатый метрейринтер И. М. Старовойтова.

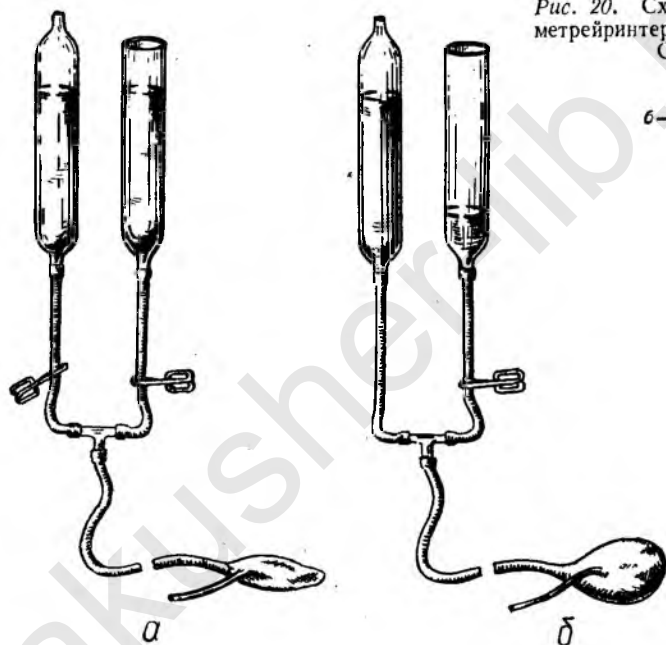


Рис. 20. Схема наполнения метрейринтера по методике Собестианского — Старовойтова:
 а — до наполнения;
 б — после наполнения.

роженица не должна испытывать болей и сдавления в низу живота, которые могут возникать при чрезмерном давлении в метрейринтере. Желаемого давления в метрейринтере достигают подъемом сообщающихся ампул на определенную высоту. Ампулы устанавливают на 45—100 см выше кровати роженицы, т. е. на такую высоту, чтобы роженица не ощущала давления метрейринтера. Система из метрейринтера и ампул с жидкостью является действующей во время

метрейриза. Подобным же методом заполняется резиновый баллон и при кольпейризе.

Преимущество действия метрейринтера с давлением жидкости в сообщающихся сосудах заключается в том, что во время сокращения матки жидкость из метрейринтера частично перемещается в ампулу, а после схватки возвращается обратно, тем самым обеспечивается пульсаторное раздражение нервных рецепторов матки и влагалища, предупреждаются беспорядочные сокращения матки на фоне ее высокого тонуса. Такие схватки во время метрейриза часто возникают при постоянном давлении метрейринтера, когда к нему привешивается груз.

Наблюдения показывают, что чем раньше вводят метрейринтер в матку после отхождения вод, тем эффективнее его действие на развитие родовой деятельности и тем лучше бывают исходы родов.

Введение метрейринтера в матку после длительного безводного промежутка родов при поперечных положениях плода, когда имеются спастические сокращения матки на фоне повышенного ее тонуса, не способствует открытию зева, а, наоборот, усиливает спазм. Поэтому проведение метрейриза в подобных случаях надо считать ошибочным.

Действие метрейриза и кольпейриза наиболее эффективно в первые 8—12 часов. Дольше оставлять метрейринтер в матке (влагалище) не имеет смысла. Исключение составляют поперечные положения плода, когда баллон остается в матке до полного раскрытия зева, которое может наступать и в более поздние сроки.

Необходимо учитывать, что после преждевременного отхождения вод у рожениц с поперечным положением плода до введения метрейринтера создаются необычные для плода условия, изменяются сокращения и тонус матки, в той или иной мере нарушается маточно-плацентарное кровообращение, что приводит к внутриутробной асфиксии плода. То же самое происходит и после метрейриза, когда совершают внутренний поворот. На болевое раздражение во время введения руки в матку появляется ответная реакция — сокращение матки, нередко со спазмом зева шейки матки, что затрудняет поворот плода на ножку, а также его извлечение, и создаются условия для родового травматизма. Спазм зева часто препятствует выведению головки, причем происходят глубокие разрывы шейки матки.

Для предупреждения указанных осложнений во время метрейриза необходимо широко проводить профилактику внутриутробной асфиксии плода (триада по Николаеву) и поворот и извлечение плода за ножку совершать под глубоким наркозом.

В борьбе с внутриутробной асфиксией плода и слабостью родовых сил широко применяют хлористый кальций, витамины, а также спазмолитические средства — промедол, первитин и др.

О допустимости внутреннего поворота плода на ножку у рожениц с поперечным положением плода после наступления внутриутробной его смерти взгляды расходятся. По-нашему, в таком по-

вороте нет надобности: для матери меньший риск будет при эмбриотомии.

Вследствие широкого внедрения антибиотиков, способствующих предупреждению эндометрита в родах, разработки техники операции с разрезом матки в нижнем сегменте, в настоящее время кесарево сечение применяют шире, чем прежде у рожениц с запущенным поперечным положением живого плода. Однако такая операция по-прежнему считается небезразличной для здоровья женщин. После нее могут оставаться рубцовые изменения, «спайки», часто остаются изменения, препятствующие наступлению беременности и родов. Поэтому в тех случаях, когда имеется хорошее соответствие между родовыми путями и величиной плода, поперечное положение плода само по себе не должно служить показанием для кесарева сечения, особенно у первородящих женщин молодого возраста. Оно допустимо, когда роды осложняются преждевременным отхождением вод, асфиксией плода или сочетаются с другими видами патологии — с несоответствием между размерами таза матери и величиной плода, особенно у женщин с отягощенным акушерским анамнезом. То же можно сказать о беременных с пороками развития матки (с двурогой маткой). У таких беременных роды часто осложняются слабостью родовых сил, наступает внутриутробная смерть плода. В таких случаях оправдана операция кесарева сечения, поскольку этим можно предупредить рождение мертвого ребенка.

Сочетание поперечного положения плода с предлежанием плаценты заслуживает особого внимания, так как здесь помимо затрудненного прохождения плода по родовым путям создается большая опасность кровотечения. Выбор пособия должен быть в зависимости от вида предлежания плаценты, характера кровотечения и жизнеспособности плода.

Умеренная кровопотеря при частичном предлежании плаценты в случае заведомо сомнительной жизнеспособности плода в связи с недоношенностью беременности не должна служить показанием для кесарева сечения. Здесь более уместно будет провести метрейризм, хотя при этом увеличивается риск потери ребенка.

Кровотечение в сильном темпе, большая кровопотеря (до 1000 мл) у беременных с предлежанием плаценты в сочетании с поперечным положением плода (независимо от его состояния) должны служить показанием для срочной операции кесарева сечения, в особенности если имеется надежда извлечь живого ребенка.

Особый интерес представляет такое частое осложнение в родах, как выпадение пуповины у рожениц с поперечным положением плода. При головных предлежаниях, по М. С. Малиновскому, если поворот почему-либо невыполним, плод практически можно считать обреченным на гибель. При выпадении пуповины и отсутствии условий для поворота на ножку с извлечением очень трудно гарантировать жизнь ребенку. Поэтому многие авторы рекомендуют в таких случаях делать кесарево сечение (М. С. Малиновский,

К. Н. Жмакин и др.). Вместе с тем известно, что кесарево сечение не всегда может быть выполнено. Оно нередко отклоняется роженицами, да и сам акушер, не исчерпав всех возможностей получить живого ребенка без этой операции, не может спокойно предлагать кесарево сечение.

Оказывается, если при поперечном положении заправить выпавшую пуповину и сразу же ввести в матку метрейринтер, наполнить его жидкостью через сообщающиеся сосуды и оставить систему в действии, можно, хотя и не без риска, предупредить внутриутробную смерть плода. При этом нужно выждать до полного раскрытия зева и затем произвести поворот плода на ножку с последующим извлечением.

Давление в метрейринтере, находящемся в матке и наполненном жидкостью через сообщающиеся сосуды, во время схватки повышается до 50—60 мм рт. ст., в то время как артериальное давление внутриутробного плода бывает выше. В связи с этим пуповина, прижимаясь к податливому метрейринтеру, сдавливается незначительно, и это не вызывает резкого нарушения кровообращения плода. Совершенно иные условия создаются, если метрейринтер наполняется жидкостью и трубка зажимается. В этом случае метрейринтер становится плотным, неподатливым, пуповина, прижимаясь к его стенкам, сдавливается и тем ускоряется смерть плода. Следовательно, метрейринтер может оказаться полезным только тогда, когда метрейринтер посредством трубки сообщается с ампулами, меняя форму и объем во время сокращений матки.

Одним из осложнений, встречающихся при запущенном поперечном положении плода, является его внутриутробная смерть. В таких случаях целесообразно закончить роды эмбриотомией.

Запущенным положением плода принято обозначать такое поперечное положение, когда теряется всякая подвижность плода. При нем подлежащей частью в большинстве случаев является плечико, которое вместе с ручкой, частью грудной клетки и животика вколачивается в малый таз.

Образование запущенного поперечного положения плода наступает чаще всего при затянувшихся родах с длительным безводным промежутком (более 12 часов), однако оно может образоваться в течение 2—4 часов после отхождения вод (И. Ф. Жордания) и даже ранее, если имеется энергичная родовая деятельность. Известное время плод, охваченный перерастянутым нижним сегментом матки, может еще оставаться подвижным по отношению к малому тазу. Такое состояние следует также относить к запущенным, и при живом плоде можно сделать кесарево сечение.

В дальнейшем по мере сокращения матки плод все больше и больше вколачивается в малый таз, часто выпадает ручка, которая вскоре отекает, становится синюшной. Плод теряет всякую подвижность как по отношению к матке, так и к тазу. К этому времени, вследствие нарушения маточно-плацентарного кровообращения,

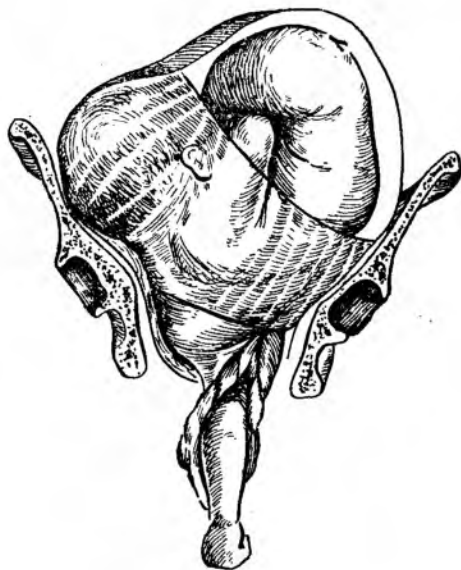


Рис. 21. Запущенное поперечное положение; вколачивание плечика; выпадение ручки; перерастяжение и истончение нижнего сегмента матки; патологическое ретракционное кольцо. Угроза разрыва матки.

наступает асфиксия, а нередко и смерть плода, возникает угроза разрыва матки.

Запущенное поперечное положение распознается без труда, когда его симптомы четко выражены: матка плотно охватила плод, плечико которого вколотилось в малый таз, из влагалища выпала ручка (рис. 21). Такое состояние в большинстве случаев наступает при затянувшихся родах, с длительным безвод-

ным промежутком. У беременной повышается температура, учащается пульс, наступает внутриутробная асфиксия и смерть плода. При влагалищном исследовании определяется ручка, плотно вколотившиеся в таз отекшее плечико, грудная клетка с ребрами, лопатка и ключица. Шейка матки уходит высоко и пальцами ее достичь невозможно. В отдельных случаях она, ущемляясь, отекает и тогда свисает в виде грибовидного тела.

Запущенное поперечное положение плода часто дополняется симптомами угрожающего разрыва матки: частыми болезненными схватками, резкой болезненностью внизу живота, беспокойным поведением роженицы, перерастяжением и резкой болезненностью нижнего сегмента матки, отеком клетчатки, высоким стоянием ко-со идущей перетяжки на месте пограничного (ретракционного) кольца.

Эти симптомы ясно выражены при активной родовой деятельности, когда сокращения матки гонят плод в малый таз, где встречается для продвижения его непреодолимое препятствие.

В подобных случаях для предупреждения разрыва матки врач должен дать роженице глубокий эфирный наркоз, где бы в это время роженица ни находилась (в приемной, смотровой, родильном зале). Под наркозом проводят исследование и решают вопрос о кесаревом сечении либо об эмбриотомии. Глубокий наркоз необходимо поддерживать непрерывно во время подготовки и самой операции.

Однако надо иметь в виду, что отчетливое проявление симптомов угрожающего (бандлевского) разрыва матки наблюдается не всегда.

У женщины, перенесших воспаление половых органов, имевших много выкидышей с осложнениями, а также имевших патологические роды, симптомы угрожающего разрыва матки могут проявляться слабо. В связи с этим наступает так называемый атипичный разрыв матки, симптомы которого могут не заметить (Л. С. Персианинов).

Болезненные, беспорядочные схватки при объективно слабо выраженных сокращениях матки, болезненность над лоном перерастянутого нижнего сегмента и отечной околоматочной клетчатки, затрудненное мочеиспускание — вот наиболее часто выраженные симптомы приближающегося атипичного разрыва матки. Наличие плечика, вколотившегося с грудной клеткой в малый таз, неподвижность этой части, что определяется влагалищным исследованием, не оставляют сомнения в необходимости срочного окончания родов оперативным путем.

При выборе оперативного вмешательства необходимо учесть состояние плода, который может находиться в тяжелой асфиксии. Во время кесарева сечения ребенка могут извлечь в тяжелом состоянии либо мертвым, поэтому в таких случаях лучше сделать эмбриотомию.

Готовясь к эмбриотомии, необходимо выяснить, нет ли уже начавшегося разрыва матки, который обычно завершается во время эмбриотомии. В таких случаях нередко обвиняют акушера, что он сделал насильственный разрыв матки.

После эмбриотомии необходимо сделать ручное обследование матки, чтобы установить, нет ли ее разрыва, удалить сгустки крови и остатки последа, которые могут задержаться в матке.

Во многих случаях поперечные положения плода являются следствием плохой сократительной деятельности матки и снижения ее тонуса; родовая слабость проявляется и в послеродовом периоде. В результате послед часто задерживается в матке, в ней также могут оставаться его части, роды осложняются кровотечением в последовом периоде, что, по нашим наблюдениям, встретилось в 9,5% случаев на 190 рожениц с поперечным положением плода.

Кровотечение в последовом периоде обычно начинается вскоре после извлечения ребенка, быстро нарастая. Если кровотечение отсутствует после извлечения ребенка, с отделением последа спешить не стоит, так как насильственное его удаление, когда матка не успела сократиться, чревато опасностью сильного кровотечения. Если же имеется кровотечение и послед не отделился, то его следует удалить рукой немедленно и обследовать стенки полости матки.

Во время ведения родов с поперечным положением плода нередко допускают ошибки, которые в большинстве случаев совершаются по неопытности врача. Так, не всегда используется рентгенография для диагностики неправильного положения плода. Нередко поздно проводят влагалищное исследование, когда плод уже теряет подвижность, и в связи с этим выбор акушерских пособий ограничивается. Особенно грубой ошибкой следует считать вскрытие

плодного пузыря до наступления полного раскрытия зева шейки матки, что может произойти в результате неосторожного влагалищного исследования.

Другого рода ошибки могут быть связаны с неудачным выбором акушерских пособий и их несвоевременным выполнением. Так, насильственное введение руки в матку без достаточного раскрытия зева может повести к разрыву матки; при этом поворот плода на ножку не всегда удается. Еще большей ошибкой будет извлечение плода без наличия полного раскрытия зева шейки матки; операция осложняется разрывом матки. С ошибками такого рода, к сожалению, приходится встречаться еще и теперь.

Неизбежная неудача постигает акушера, пытающегося провести внутренний поворот плода на ножку при запущенном поперечном положении.

Наконец, встречаются ошибки, связанные с нарушением техники оперативных пособий. По этой причине часто запрокидываются ручки во время поворота и извлечения плода, чем задерживается выведение головки. И в результате извлекается мертвый ребенок. Грубые манипуляции во время поворота могут вызвать перелом позвоночника и другие травмы плода. Акушер допустит большую ошибку, если после внутреннего поворота не сделает ручного обследования полости матки, так как без такого обследования может остаться нераспознанным разрыв матки. Отсутствие кровотечения даже при полном разрыве стенки матки затрудняет распознавание этого вида разрыва: в послеродовом периоде развивается перитонит, приводящий к летальному исходу. Поэтому в случае подозрения на разрыв матки должна быть сделана лапаротомия, независимо от того, какой разрыв матки предполагается, — полный или частичный.

Следует избегать и другой довольно частой ошибки — внутреннего поворота плода на ножку без глубокого наркоза.

Беременных с поперечным положением плода нельзя оставлять для родов в колхозных родильных домах или небольших больницах, так как роды у них потребуют сравнительно сложных акушерских пособий или операций, включая кесарево сечение. Лучше заранее сделать наружный профилактический поворот на головку, а в тех случаях, где исправить положение плода не удастся, необходимо заранее направить беременную на роды в такое лечебное учреждение, где ей может быть оказана помощь в полном объеме (родильный дом, районная больница и др.).

В случае позднего поступления роженицы с запущенным поперечным положением в больницу, силами и средствами которой не может быть оказана всесторонняя помощь, перевозка рожениц в другое лечебное заведение недопустима. Лучше вызвать на помощь специалиста, а до его приезда снимать родовые схватки морфином, пантопоном и эфирным наркозом. Если приезд специалиста задерживается, необходимо сделать эмбриотомию, даже если к моменту

операции плод еще живой. Это предупреждает грозное для матери осложнение — разрыв матки.

Мертворождения при поперечных положениях плода встречаются нередко, что зависит от многих сопутствующих осложнений: слабости родовых сил, преждевременного и раннего отхождения вод, выпадения пуповины, спазма зева шейки матки и др.

Самой частой и непосредственной причиной мертворождений является внутриутробная асфиксия плода с кровоизлиянием в мозг. Во время внутреннего поворота нередко детям причиняют несомнимые с жизнью травмы: повреждения головки, позвоночника, печени и других паренхиматозных органов. Это бывает при нарушении основных условий для внутреннего поворота, а также при нарушении техники операции. Спазм зева шейки матки, наблюдаемый при длительном безводном промежутке родов или при совершении поворота без глубокого наркоза, мешает повороту, затрудняет извлечение плода, в результате наступает его смерть.

Снижения мертворождаемости можно достичь наружным профилактическим поворотом плода на головку, ранней госпитализацией беременных, щадящими способами ведения родов и совершенствованием техники акушерских пособий и операций. Все это требует повышения квалификации врачей и средних медицинских работников, оказывающих помощь во время беременности и родов.

На исход родов у беременных с поперечным положением плода оказывают влияние многие факторы: своевременное распознавание патологии, размеры таза матери, величина плода, характер и время применения акушерских пособий и другие моменты. Многие причины оказывающие влияние на образование неправильного положения плода и на исход родов, трудно поддаются учету.

В оценке прогноза родов важное значение принадлежит определению веса внутриутробного плода. На исход родов оказывает влияние время поступления беременных на роды. При раннем поступлении, когда околоплодные воды еще целы, своевременными пособиями удается более благоприятно окончить роды. В подобных случаях выжидательное ведение родов в первом периоде и внутренний поворот при полном раскрытии зева шейки матки дают хорошие результаты. В случае преждевременного отхождения вод часто оказывается успешным метрейриз, с последующим внутренним поворотом плода на ножку.

При позднем поступлении рожениц, когда момент поворота упущен, после отхождения околоплодных вод, неполном раскрытии зева, может быть с успехом применено кесарево сечение, а в случае наступления внутриутробной смерти плода — эмбриотомия.

Характер акушерских пособий и время их выполнения также оказывает большое влияние на исход родов; часто плохой исход родов вызван упущением благоприятного момента для того или иного оперативного вмешательства.

Среди аномалий женского таза наибольшее значение в акушерской практике имеет узкий таз, при котором создаются препятствия для прохождения плода по родовому каналу.

Принято различать:

1. Анатомически узкий таз, когда один или несколько его размеров укорочены на 2 см или больше по сравнению со средними размерами женского таза. При этом И. Ф. Жордания особое значение придает укорочению истинной конъюгаты.

Об особенностях женского таза можно судить также и по наружной конъюгате: при ее величине 18 см и меньше таз считается узким.

2. Функционально узкий таз — чисто клиническое понятие, означающее несоответствие между головкой плода и тазом матери, которое создается особенностями плода — величиной и видом вставления, способностью головки к конфигурации, а также и характером родовой деятельности.

Частота узких тазов у женщин встречается, по данным отдельных авторов (Л. Л. Окинчиц, М. Н. Побединский, А. Ф. Пальмов, В. А. Покровский, А. В. Лонковиц, П. В. Жаров), от 2,62 до 16%. Такая разница объясняется тем, что одни авторы в основу учета берут размеры наружной, другие — истинной конъюгаты.

Повседневные наблюдения показывают, что анатомическое сужение таза далеко не всегда создает препятствие в родах. Нередко осложнения в родах возникают при несоразмерно большой головке плода по сравнению с тазовым кольцом, когда таз практически оказывается узким, функционально недостаточным. В настоящее время чаще наблюдается функционально узкий таз, так как имеется тенденция к повышению веса новорожденных, в результате которой создаются серьезные затруднения в родах.

До сего времени нет единой классификации аномалий узкого таза. Однако практически удобной, принятой большинством акушеров, является классификация, в основе которой лежат два признака — форма таза и степень его сужения.

1. Классификация по форме сужения таза.

А. Часто встречающиеся формы таза:

1. Общеравномерносуженный: а) гипопластический, б) детский, или инфантильный, в) мужской, г) карликовый; 2. Плоский: а) плоско-рахитический, б) простой плоский; 3. Общесуженный плоский.

Б. Редко встречающиеся формы таза:

1. Кососмещенный; 2. Поперечносуженный; 3. Воронкообразный; 4. Спондилолистетический; 5. Остеомалятический; 6. С новообразованиями и экзостозами.

II. Классификация по степени сужения таза.

Первая степень сужения — истинная конъюгата меньше 11 и больше 9 см; вторая степень — истинная конъюгата меньше 9 и больше 7 см; третья степень — истинная конъюгата меньше 7 и больше 5 см; четвертая степень — истинная конъюгата равна 5 см или меньше.

В данном разделе мы касаемся лишь отдельных форм узкого таза.

Отдельные формы узких тазов. Общеравномерносуженный таз характеризуется равномерным укорочением всех размеров. Наблюдаются четыре разновидности такого таза: гипопластический, инфантильный, мужской и карликовый.

Наиболее частой разновидностью общеравномерносуженного таза является гипопластический таз. Он имеет форму нормального женского таза, но все размеры его уменьшены пропорционально на 1,5—2 см.

Пример: *distantia spinarum* 24—25 см; *distantia cristarum* 26—27 см; *distantia trochanterica* 29—30 см; *conjugata externa* 17—18 см; *conjugata diagonalis* 10—11 см; *conjugata vera* 8—9 см.

Такой таз чаще всего встречается у женщин невысокого роста, а иногда и высоких, но с тонким костяком, у которых внутренняя емкость таза вполне достаточна. Промонторий в нем расположен высоко, крестцовая кость стоит более отвесно, чем в нормальном тазе. Эта аномалия связана с общим недоразвитием всего скелета женщины. При средних размерах плода роды могут протекать без особых затруднений.

Инфантильный (детский) таз сохраняет черты таза детского возраста и является результатом остановки роста его в определенной стадии развития. Вход в таз представляет собой округлую или же продольно-овальную форму (рис. 22). Главной особенностью детского таза является изменение соотношения прямого и поперечного размеров входа в малый таз. Поперечные размеры уменьшены в большей степени, чем прямые. Лонная дуга узкая, крылья крестцовой кости мало развиты, крестец узкий и мало изогнутый, мыс расположен высоко. Размеры инфантильного таза примерно таковы: *distantia spinarum* 23—24 см; *distantia cristarum* 25—26 см; *distantia trochanterica* 28—29 см; *conjugata ex-*

terna 17—18 см; conjugata diagonalis 10—11 см; conjugata vera 8—9 см.

Мужской таз женщины (рис. 23) имеет воронкообразную форму, по анатомическому строению он приближается к форме мужского таза. Наблюдается у женщины высокого роста, с мужским телосложением, с массивными костями скелета. Лонная дуга в нем остроугольной формы, крестец уже и длиннее, чем при нормальном женском тазе, он не имеет хорошо выраженной изогнутости, которая обеспечивает емкость размеров в широкой части полости малого таза.

Карликовый таз представляет собой высшую степень сужения, наблюдается у женщин с карликовым ростом (120—140 см), по своему строению близок к детскому тазу. В последнее время такие формы таза с подобными размерами почти не встречаются.

Плоский таз. В отличие от общеравномерносуженного характеризуется сужением только прямых размеров (рис. 24). В зависимости от того, в каком отделе таза отмечается сужение — только ли во входе или же во всех его отделах, — различают две разновидности плоского таза: плоско-рахитический и плоский нерахитический.

1. Для плоскорахитического таза характерным является изменение формы крестца. Он заметно укорочен в длину, верхний его отдел, а иногда и нижние поясничные позвонки смещены кпереди, нижний отдел крестца отклонен кзади. Крестец в таких случаях укорочен, уплощен, утончен и как бы уширен. Вследствие этого при плоскорахитическом тазе имеется сужение прямого размера только во входе в таз, прямые же размеры полости и выхода таза нормальны или даже увеличены. В таком тазу может изменяться и положение копчика: он вместе с нижними крестцовыми позвонками изгибается вперед и может явиться препятствием для

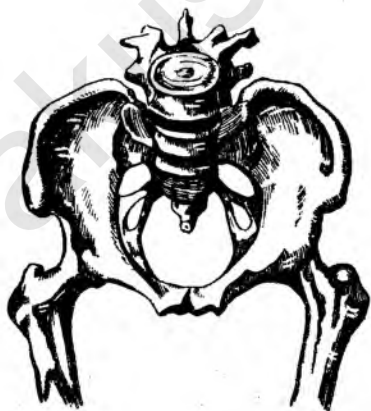


Рис. 22. Инфантильный (детский) таз.

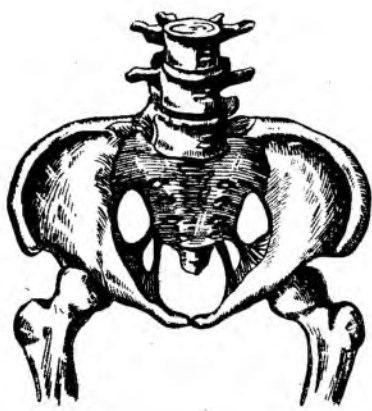


Рис. 23. Мужской таз.

Рис 24. Плоскоррахитический таз.



прохождения головки плода у выхода таза. Гребешки подвздошных костей в плоских тазах становятся более плоскими, вследствие чего расстояние между гребешками и передне-верхними осями равны между собой. Этот признак весь-

ма характерен для рахитического таза и имеет большое практическое значение при диагностике плоского рахитического таза. Сидалищные бугры, отклоняясь кнаружи, увеличивают лонный угол, благодаря чему поперечный размер выхода таза увеличен. К менее обычным, но довольно частым особенностям костей в рахитическом тазе относится образование на них резких выпуклостей и шероховатостей на местах прикрепления мышц, принимают вид экзостозов.

Размеры плоского рахитического таза: *distantia spinarum* 26—27 см; *distantia cristarum* 26—27 см; *distantia trochanterica* 30—31 см; *conjugata externa* 15—17 см; *conjugata diagonalis* 7—10 см; *conjugata vera* 5—8 см.

2. Простой плоский таз отличается от рахитического тем, что в нем уменьшены все прямые размеры (вход, полость и выход). Крестец целиком приближен к передней стенке таза, он как бы вдавлен. Мыс выдается кпереди, но не так заметно, как в рахитическом тазу. Изредка встречается двойной мыс. Все остальные кости таза не изменены или изменены незначительно.

3. Общесуженный плоский таз встречается исключительно редко, обычно у женщин небольшого роста. Он представляет собой как бы сочетание общесуженного и плоского таза. При этой аномалии сужение таза может достигать высоких степеней. Из всех размеров наиболее укорочен прямой размер входа в таз.

Кососуженные, или асимметрические, таза встречаются при сколиозе, т. е. при боковом искривлении позвоночника, переломе подвздошной кости, при коксите или одностороннем вывихе бедра, а также при всякого рода укорочениях одной из нижних конечностей, когда нагрузка тела получается на стороне укороченной ноги.

При кососуженном тазе нарушается симметричность между правой и левой его половинами. Деформация таза вызывается изменившимися условиями нагрузки тела. При этом здоровая половина таза при коксалгии, например, вдавлена внутрь, тазовое кольцо смещается в сторону поражения, сужение, как правило, наблюдается в «здоровой» половине.

В зависимости от причины, вызвавшей подобную аномалию, различают тазы сколиотические, анкилотические и коксалгические.

Сколиотический таз наблюдается у женщин со сколиозом как поясничной, так и грудной части позвоночного столба, а также со смещением мыса и крестца в сторону. Лонное сочленение смещается в сторону, противоположную сколиозу. Плоскость входа скошена и сужена на стороне сколиоза.

Анкилотический кососуженный таз обуславливается недостаточным развитием или полным отсутствием правой или левой половины крестца и анкилозом крестцово-подвздошного сочленения. Сужение имеется с той стороны, где произошел анкилоз; здесь уменьшен косой размер, идущий от неизмененного крестцово-подвздошного сочленения.

Коксалгический кососуженный таз наблюдается у женщин с анкилозом коленного или тазобедренного сустава, возникшего на почве коксита, вывихом бедра, а также в случаях укорочения нижней конечности другого происхождения. Степень изменения таза зависит от того, в каком возрасте перенесено заболевание, которое и обусловило эту форму таза.

К поперечносуженным тазам относятся кифотический и анкилотический. Полость в этих тазах напоминает воронку, все поперечные размеры уменьшены, а прямые — нормальны или даже увеличены.

Кифотический поперечносуженный таз наблюдается у женщин с кифозом поясничной части позвоночника. Особенно уменьшаются поперечные размеры выхода таза вследствие сближения седалищных бугров, угол лонной дуги острый. Таз имеет воронкообразную форму.

Анкилотический поперечносуженный таз, в отличие от анкилотического кососуженного, имеет анкилоз крестцово-подвздошных сочленений с обеих сторон. Крестцовая кость крайне узкая, в результате чего поперечные размеры малого таза резко уменьшаются.

Тазы при двустороннем вывихе бедра. Вследствие такой патологии, головки бедренных костей поднимаются вверх и смещаются назад, крестец вдается в полость таза, в результате прямые размеры суживаются, а поперечные увеличиваются.

Спондилолистетический таз обуславливается соскальзыванием пятого поясничного позвонка, который может почти прикрыть переднюю поверхность первого крестцового позвонка.

Для остеомалатического таза характерны клювовидная форма лонного сочленения, сближение седалищных бугров, укорочение всех размеров таза, особенно поперечных, низкое стояние мыса. Остеомалатические тазы в последнее время почти не встречаются.

Таз с экзостозами и новообразованиями. Экзостозы могут располагаться в области симфиза, промон-

тория, а также и в других местах. Новообразования могут быть первичными и вторичными.

Диагностика узкого таза. Распознавание узкого таза имеет большое практическое значение. Анатомически узкий (суженный) таз выявляется методом наружного тазоизмерения, которое производят в различные сроки беременности. Что же касается функционально узкого таза, то он может быть установлен только путем наблюдения за женщиной во время беременности и родов, с учетом выявляющихся особенностей механизма родов.

В распознавании суженного таза и прогнозе родов большое значение имеют тщательно собранные анамнестические данные. Так как основной сужения таза нередко являются инфантилизм, перенесенный в детстве рахит, суставной туберкулез (коксит, гонит, спондилит), полиомиелит, то внимание акушера должно быть в первую очередь направлено в сторону их выявления. Необходимо выяснить, сколько времени продолжалось заболевание и какое проведено лечение.

Для выявления инфантилизма необходимо фиксировать внимание на том, каково было физическое развитие женщины в детском возрасте, перенесенные инфекционные заболевания, условия, в которых росла и развивалась женщина. Большое диагностическое значение имеет начало и характер менструальной функции.

В распознавании плоскорахитического таза существенное значение имеет выяснение данных: когда начала ходить, когда появились зубы, каково было общее развитие в детстве.

При выяснении анамнестических данных необходимо обратить внимание на сведения о перенесенной травме или заболевании нижних конечностей, позвоночника в детском возрасте.

У рожавших женщин большое значение имеет акушерский анамнез, т. е. течение предшествовавших беременностей, характер и длительность родов, оперативные вмешательства при них. Имеют значение также данные о весе родившихся детей, наличии мертворожденных.

При объективном исследовании беременной необходимо обратить внимание на рост, телосложение, конституцию, на форму и строение грудной клетки, состояние опорно-двигательного аппарата, половых органов (влагалище, матка, промежность). Важно обратить внимание на походку женщины. Она позволяет определить степень деформации таза при кососуженных тазах (тазы с врожденным односторонним вывихом, анкилотические и коксалгические). Своеобразная «утиная» походка отмечена у женщин с люксационным тазом при двустороннем вывихе бедра. Хромота может указывать на укорочение конечности. Искривление и укорочение бедер и берцовых костей чаще наблюдается у женщин, перенесших рахит. При рахитических тазах женщины обычно имеют небольшой рост, выраженный лордоз, сильное наклонение таза, сколиоз позвоноч-

ника, куриную или вдавленную грудь, «четки» на ребрах, утолщение эпифизов — «браслеты» на руках.

Большое диагностическое значение для определения формы таза имеет ромб Михаэлиса (рис. 25), который при рахитическом тазе уплощен или вместо ромба имеется треугольник, обращенный основанием кверху: при общесуженном тазе ромб вытянут в вертикальном направлении. Он отсутствует при кифотических тазах, приобретает скошенные контуры при косых.

У инфантильных женщин с инфантильным и гипопластическим тазом рост может быть и низким и высоким, узкая грудная клетка, костный скелет тонкий. Слабо развиты вторичные половые признаки. Промежность высокая, зияние половой щели, влагалище узкое, своды укорочены, шейка длинная, коническая, матка может быть меньше нормы.

У женщин с суженным тазом в конце беременности живот может иметь различную форму. У первородящих он как бы заостренный — остроконечный, у многородящих — отвислый. Высокое стояние головки над входом в таз у первородящих или отклоненное от входа в таз в ту или иную сторону является одним из признаков сужения таза.

Одним из методов обследования беременной женщины, дающим возможность до некоторой степени судить о состоянии костного таза, является наружное тазоизмерение, которое необходимо производить во всех случаях, хотя эти данные и не всегда дают точное представление о форме таза и степени его сужения. Важным является не столько абсолютная величина того или иного размера, сколько взаимоотношение размеров между собой. Например, укорочение всех наружных размеров указывает на наличие общесуженного таза, отсутствие разницы между размером остей и гребней свидетельствует о рахитическом уплощении таза.

На продвижение плода по родовому каналу оказывает влияние

и степень наклона таза. Под углом наклона таза подразумевается угол, образующийся пересечением двух плоскостей: плоскостью входа в таз (истинной конъюгаты) и горизонтальной плоскостью. В норме угол наклона таза 40—50°, в среднем 46°. Чем больше этот угол, тем наклонение таза сильнее.

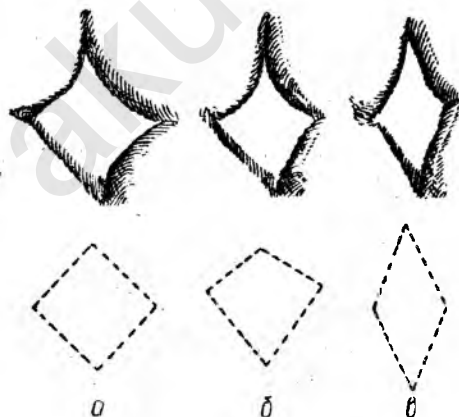


Рис. 25. Поясничнокрестцовый ромб (схематическое изображение): а — при нормальном тазе; б — при плоском; в — при общеравномерно суженном тазе.

В случаях большого наклона таза, когда наблюдается острый или отвислый живот, может быть асинклитическое передне-теменное вставление головки плода — стреловидный шов отклоняется к промоторию.

Более достоверные данные, по которым можно составить представление о размерах и емкости таза, получаются при внутреннем исследовании и, в частности, определении диагональной конъюгаты (расстояние от нижнего края лонного сочленения до промотория). Путем вычитания 1,5—2 см из диагональной конъюгаты получают величину истинной.

Для суждения о состоянии костного таза, его емкости, толщине костей имеет определенное значение и ряд косвенных приемов, как например, определение так называемого лучезапястного индекса, предложенного в 1917 г. Г. А. Соловьевым, который писал, что женщина с тонким запястьем имеет тонкий таз, и наоборот. Для определения этого индекса измеряют окружность руки в области лучезапястного сустава, колеблющуюся в пределах 14—18 см. Если окружность приближается к 14 см, то у женщины костяк тонкий, и наоборот, при массивных, толстых костях индекс равен 18 см. При малом индексе (14 см) с малыми наружными размерами таз может иметь достаточную внутреннюю емкость. При индексе, равном 18 см, внутренняя емкость таза будет меньше, даже при хороших наружных размерах.

При общей оценке костяка Б. А. Архангельский подчеркивал, что более грациозные, стройные женщины имеют большую внутреннюю емкость таза, поэтому у них некоторое сужение наружных размеров не всегда говорит о неблагоприятном прогнозе родов.

Были предложения уточнять размеры и формы таза, а также определять соответствие между головкой плода и тазом с помощью рентгенограмм. Но, в связи с новейшими исследованиями о влиянии лучистой энергии на плод, в последнее время рентгенологические методы обследования беременных женщин применяют исключительно редко, только по особым показаниям.

Для диагностики клинически узкого таза применяют специальные приемы Цангемейстера и Вастена, которыми пользуются обычно после отхождения вод и при головке, прижатой ко входу в малый таз. В первом варианте прием Цангемейстера состоит в том, что акушер кладет обе ладони параллельно: одну на лоно, а второй придавливает головку к промоторию. Сравнивая высоту обеих рук, акушер делает выводы о соответствии головки и таза. Во втором варианте Цангемейстера сначала измеряют тазомером наружную конъюгату, а затем, не сдвигая задней бранши тазомера, переднюю браншу перемещают на наиболее выдающуюся точку на головке. При несоответствии головки плода с тазом этот размер будет больше наружной конъюгаты.

Более прост и удобен прием В. А. Вастена (рис. 26). Акушер кончиками пальцев производит движение от лонного сочленения вверх

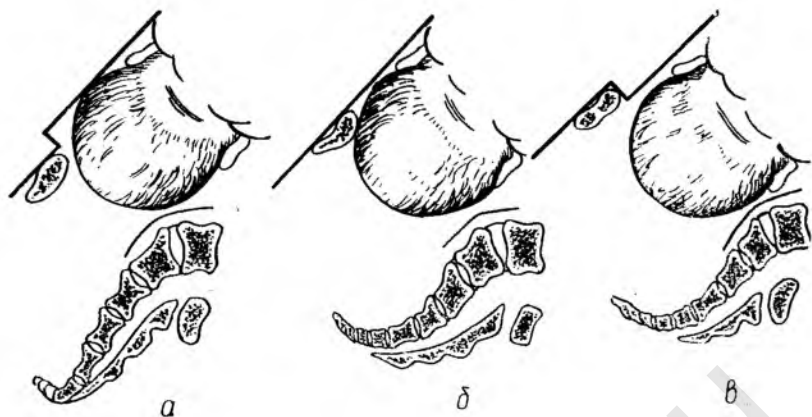


Рис. 26. Признак Вастена (схематическое изображение):
a — положительный; *б* — вровень; *в* — отрицательный.

по направлению к головке. При соответствии головки с тазом последняя стоит ниже края симфиза (признак Вастена отрицательный) роды возможны. Если головка стоит на одном уровне с симфизом (вровень), это указывает на относительное несоответствие, которое может быть преодолено при достаточной конфигурации головки и хорошей родовой деятельности. При несоответствии размеров таза с размерами головки, когда последняя выступает над симфизом (признак Вастена положительный), прогноз родов сомнителен.

При наружном исследовании имеет значение и определение стояния пограничной борозды, отделяющей нижний сегмент матки от ее тела. Высокое расположение пограничной борозды свидетельствует о перерастяжении нижнего сегмента матки и угрозе ее разрыва. Однако, когда речь идет об узком тазе, приемами наружного исследования ограничиваться нельзя, здесь необходимо проводить систематическое влагалищное исследование во избежание возможных ошибок.

При влагалищном исследовании необходимо обратить внимание на степень сглаживания шейки и открытия зева, сохранение целостности плодного пузыря, характер и особенности костей таза, а также на головку плода. Обращают внимание на консистенцию, величину и конфигурацию головки, расположение родничков и швов по отношению к плоскостям таза.

Нередко допускают грубые ошибки, когда не уточняют стояния головки по отношению к мысу, седалищным осям и тем самым не уточняют, в какой плоскости находится тот или иной сегмент головки. Наличие родовой опухоли на головке может иногда привести к утрате ориентации, акушер неверно определяет стояние го-

ловки низким, в то время как она только прижата ко входу в малый таз. В подобных случаях прогноз родов может быть ошибочным, впоследствии изменяется и характер акушерских вмешательств.

Особенности течения беременности и родов при узких тазах.

Течение I половины беременности при узком тазе не отличается от обычного. Только при загибах матки кзади на 3—4-м месяце беременности у женщин с узким тазом может произойти ущемление матки, чему способствует сильно выдающийся мыс рахитического таза.

Во II же половине беременности выявляются многие особенности узкого таза: остроконечный или отвислый живот, высокое стояние дна матки и головки плода, значительная подвижность их перед родами, отклонение головки в сторону, неправильное вставление головки (передне-головное, лицевое, лобное), неправильное положение плода (ягодичное, косое, поперечное).

У женщин с узким тазом роды могут протекать нормально, но могут принимать и патологический характер. Так, например, у женщин с общеравномерносуженным тазом (гипопластический, инфантильный) в первом периоде родов часто наблюдается первичная слабость родовой деятельности, нередко и вторичная — роды становятся затяжными. Это касается пожилых первородящих, у которых может быть ригидность шейки матки, нарушающая ритмичность маточных сокращений, что способствует развитию вторичной слабости родовых сил. Если головка длительное время находится в одной плоскости таза, то может наступить ущемление передней губы шейки матки, последняя отекает, а в тяжелых случаях даже отторгается. При ущемлении шейки схватки становятся нестерпимо болезненными. Вследствие длительного прижатия головкой мягких тканей к тазовому кольцу и затрудненного в них лимфо- и кровообращения, подчас появляется отек стенок влагалища и наружных половых органов.

При плоском тазе, ввиду длительного высокого стояния головки и подвижности ее над входом в таз, не образуется пояса соприкосновения головки с тазовым кольцом, что ведет к преждевременному отхождению околоплодных вод. Если головка занимает внесрединное положение, то может наступить выпадение пуповины, что угрожает жизни плода. Иногда выпадает ручка и препятствует вставлению головки, что коренным образом нарушает механизм родов и ведет к травматизму матери и ребенка. Продолжительный безводный период способствует проникновению инфекции и развитию эндометрита в родах.

Особенно неблагоприятно сочетание суженного таза и ягодичного предлежания по сравнению с головным. Головка плода при ее предлежании имеет возможность приспособляться к уменьшенным размерам малого таза, конфигурироваться и в результате родиться самостоятельно. При тазовых предлежаниях головка,

рождаясь последней, не имеет возможности для конфигурации, так как роды с момента прорезывания лопаток должны быть закончены в течение 2—5 минут, иначе при задержке сдавливается пуповина и может наступить смерть плода. При выведении последующей головки могут также быть значительные затруднения, особенно если наступает разгибание ее.

Особенности механизма родов при общеравномерносуженном тазе. При общем сужении таза головка плода уже в начале вставления встречает сопротивление со стороны всей окружности костного кольца, вследствие чего она максимально сгибается, со значительным опусканием малого родничка (рис. 27). Головка своим малым косым размером медленно вступает стреловидным швом в один из косых размеров таза. Во входе в таз она стоит очень долго, в результате на ней образуется большая родовая опухоль, которая подчас достигает выхода таза, в то время как сама головка стоит в верхней части таза. Происходит так называемое клиновидное вставление головки. В полости таза головка совершает внутренний поворот малым родничком — затылком кпереди. Движения головки через все отделы малого таза значительно замедлены. В период врезывания и прорезывания (разгибание) головка встречает также значительное препятствие со стороны лонной дуги, которая имеет остроугольную форму, головка резко отклоняется кзади (рис. 28), максимально растягивая промежность, которая при этом очень часто рвется.

Таким образом, в отличие от затылочного вставления при нормальном тазе, характерными особенностями механизма родов при общеравномерносуженном тазе являются сильное сгибание головки и вставление в таз стреловидным швом в косом размере, а также медленное и затрудненное продвижение ее во всех плоскостях таза. Родившаяся головка имеет резко выраженную долихоцефалическую форму.



Рис. 27. Резкое сгибание головки при общеравномерносуженном тазе.

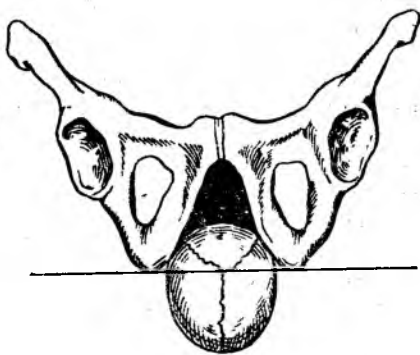


Рис. 28. Прохождение головки под лонной дугой при общеравномерносуженном тазе

Особенности механизма родов при плоском рахитическом тазе.

При плоском рахитическом тазе механизм родов отличается характерными особенностями. В первом периоде родов головка долго стоит стреловидным швом в поперечном размере над входом в малый таз, где наступает ее конфигурация. Второй особенностью является легкое разгибание головки и вставление ее в таз одной из теменных костей. При этом она проходит суженный прямой размер входа в малый таз своим наименьшим размером — малым поперечным, в отличие от сгибательных состояний, когда головка вступает в таз малым косым размером. Иными словами, в пределах истинной конъюгаты находится наименьший размер головки, а более широкая — задняя ее часть — располагается в боковом отделе входа в таз. Третью особенность механизма при плоском тазе составляет внеосевое ее вставление — отклонение стреловидного шва к мысу (передний асинклитизм, рис. 29) или к лонному сочленению (задний асинклитизм). Передне-теменное вставление объясняется тем, что в результате отвислого живота задняя теменная кость прижимается и задерживается выступающим вперед мысом.

После резкого смещения костей головки плода она с течением времени соскальзывает с промонтория, стреловидный шов принимает срединное положение, происходит сгибание головки, затылок поворачивается к симфизу (внутренний поворот) и изгнание совершается по типу передне-затылочного предлежания. Изгнание плода совершается очень быстро, вследствие увеличенных при плоском тазе размеров выхода. В некоторых же случаях механизм родов при плоском тазе в периоде изгнания претерпевает известные отклонения. Если остается разгибание, начавшееся в периоде конфигурации, то головка может родиться в передне-головном предлежании. При неправильной ротации — повороте затылка кзади и сгибании головки — роды могут протекать по типу заднего вида затылочного предлежания.

Реже наблюдается задний асинклитизм: стреловидный шов расположен ближе к симфизу, задняя теменная кость внедряется во вход в таз, передняя задерживается симфизом. При резкой степени асинклитизма, особенно заднего, роды самостоятельно могут не наступить. При таком

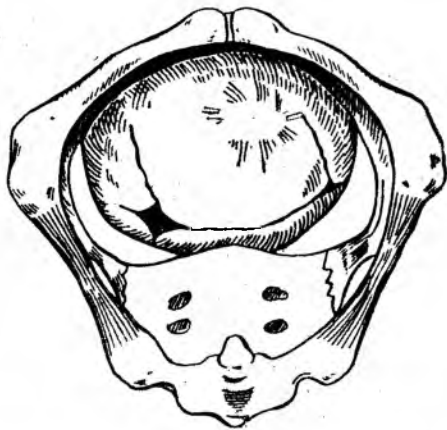


Рис. 29. Передне-теменное вставление головки при плоскорахитическом тазе (вид снизу).

механизме родов головка ребенка имеет асимметричную форму. На задней теменной кости могут быть следы от давления выступающего в таз мыса. Следует иметь в виду, что при этом у плода часто бывает внутричерепное кровоизлияние.

Особенности механизма родов при простом плоском тазе. Первый момент механизма родов, как и при рахитическом тазе, состоит в разгибании головки, длительно стоящей над входом в таз в поперечном размере. В отличие от рахитического таза, где затруднения имеются при входе в таз, здесь головка встречает значительное препятствие как в полости, так и в выходе таза, так как прямые размеры при плоском тазе сужены не только во входе, но и во всех плоскостях. Головка может не совершить внутренний поворот, а располагается стреловидным швом в поперечном размере во всех плоскостях таза, образуется среднее или низкое поперечное стояние головки. Если головка на все время остается в разогнутом положении, тогда механизм родов будет соответствовать передне-головному предлежанию. При хорошей родовой деятельности и небольшом плоде головка сгибается, совершает внутренний поворот и роды заканчиваются по типу механизма родов при переднем виде затылочного предлежания.

Особенности механизма родов при общесуженном плоском тазе. Механизм родов при этой форме таза может протекать как по типу плоского таза, так и по типу общесуженного, в зависимости от того, что в каждом отдельном случае будет преобладать — сужение в прямых размерах или уменьшение всех размеров таза. Чаще наблюдается смешанный тип механизма родов. Конфигурация и вставление головки идет по типу плоского таза, т. е. происходит асинклитическое вставление, механизм же прорезывания головки совершается по типу общесуженных тазов с сильным отклонением головки кзади. Продолжительность родов значительно удлинена, так как тут уменьшены все размеры таза и преимущественно прямые.

Ведение родов при узких тазах. Течение, прогноз и терапия родов при узком тазе зависят как от формы, так и степени сужения таза.

Приято считать, что при первой степени сужения таза, средней величине плода роды совершаются силами природы. В случае резкого сужения — третьей степени роды через естественные родовые пути живым плодом невозможны, они обычно заканчиваются операцией кесарева сечения.

Особенно трудно предусмотреть исход родов при второй степени сужения таза, при которой, как и при функционально узком тазе, вопрос о соответствии или несоответствии головки и таза может быть окончательно решен только в процессе наблюдения за родовым актом. В подобных случаях прогноз родов может быть правильно определен не только на основании анатомических измерений таза и величины головки плода, но и что самое главное, на основании тщательного изучения всех особенностей этого процесса.

и всесторонней оценки течения родов в динамике. При этом большое значение имеет общее и эмоциональное состояние роженицы.

В основу ведения всяких родов, в том числе и при узких тазах, должен быть положен консервативно-выжидательный метод со строгим наблюдением за их течением, с учетом состояния плодного пузыря и шейки матки, характера родовой деятельности и вставления головки. Все эти данные уточняют с помощью наружных приемов и влагалищного исследования роженицы, которое нужно производить при узких тазах во всех без исключения случаях.

При ведении родов нужно обращать особое внимание на характер родовой деятельности. При бурных схватках, отсутствии признаков перерастяжения нижнего сегмента и неполном раскрытии шейки уместно назначать медикаментозное обезболивание. При этом родовая деятельность становится более регулярной и создаются лучшие условия для продвижения подлежащей части плода.

Если наступает полное открытие шейки матки при беспокойном поведении роженицы, вследствие резкой болезненности и перерастяжения нижнего сегмента матки, а головка плода не вставляется в малый таз, роды необходимо закончить немедленно, путем операции кесарева сечения, пока плод жив и не наступило внутриутробной асфиксии. В подобных случаях роженицу нельзя перевозить в другие лечебные учреждения, так как перевозка может ускорить разрыв матки.

В редких случаях, когда нет условий для немедленного выполнения операции кесарева сечения, равно как в случаях развившегося эндометрита, необходимо приступить к плодоразрушающей операции (краниотомии) под глубоким наркозом.

Чрезвычайно неблагоприятным является сочетание суженного таза со слабостью родовой деятельности, так как это затягивает роды. В этих случаях очень осторожно приходится применять тот или иной метод стимуляции родовой деятельности. Наиболее целесообразным является применение метода Хмелевского (применение глюкозы и хлористого кальция). Инъекции однократной большой дозы (1 мл) питуитрина противопоказаны, так как это вызывает судорожные резкие сокращения матки, могущие привести к ее разрыву.

При общесуженном тазе следует укладывать роженицу на бок, соответствующий позиции плода; при рахитическом плоском тазе — на бок, противоположный позиции плода, что способствует быстрейшему вставлению головки в таз.

При длительно стоящей головке в полости или на тазовом дне, в связи со слабостью родовой деятельности, можно осторожно применить вакуум-экстракцию или акушерские щипцы.

В случае если головка останавливается в выходе таза, в связи с его сужением, при нормальной родовой деятельности рекомендуется положение с резко притянутыми к животу коленями. При таком положении поперечный размер выхода таза увеличивается на

3,5—5 мм, увеличивается также и его прямой размер. При головке, длительно стоящей во входе в таз, С. Д. Астринский рекомендует применять то же положение вместо положения по Вальхеру, которое применяли при плоских тазах и головке, стоящей во входе в таз. В подобных случаях И. С. Легенченко рекомендует применять положение роженицы на родильной кровати с приподнятой слегка головой, с приподнятыми и максимально согнутыми в тазобедренных суставах ногами, стопы которых должны находиться при этом в изгибах ногодержателей. Упираясь ногами в ногодержатели, а руками натягивая их на себя, роженица подается всем корпусом книзу, что ведет к некоторому смещению крестцово-подвздошных сочленений, безымянные кости поднимаются кверху. В результате такого смещения симфиз надвигается на головку плода и тем самым способствует вставлению и продвижению ее в тазу. При таком положении ось матки полностью совпадает с осью таза, а роженица достаточно хорошо использует мышечную силу, чтобы максимально развить потугу. Это положение противоположно вальхеровскому, при котором симфиз опускается книзу и съезжает с головки плода.

При ведении родов у женщин с узким тазом (анатомический, функциональный) за роженицей нужно вести внимательное, организованное наблюдение. Необходимо следить за пульсом, температурой, артериальным давлением, опорожнением мочевого пузыря и прямой кишки, за состоянием родовых путей, продвижением головки и сердцебиением плода. В центре внимания должно быть, особенно у многорожавших, состояние нижнего маточного сегмента.

Следует всегда помнить, что чрезмерный консерватизм в ведении родов при узком тазе, особенно при отягощенном акушерском анамнезе, может привести к тяжелым осложнениям (эндометрит, разрыв матки, пузырно-влагалищные свищи, внутриутробная смерть плода) и к вынужденной плодоразрушающей операции. Весьма важно при разумном и внимательном консервативно-выжидательном методе не пропустить момента для кесарева сечения.

В отдельных случаях, при явном несоответствии головки плода с родовыми путями (вторая — третья степени сужения таза, крупный плод), вопрос о кесаревом сечении приходится решать еще в начале родовой деятельности. Таким же образом следует поступить и в отношении женщин с узким тазом, у которых в анамнезе имеется кесарево сечение.

Показания к такой операции расширяются при отягощенном акушерском анамнезе (мертворожденные при предыдущих родах), при тазовом предлежании, переносимом плоде у старой первородящей, особенно если в этих случаях значительная степень сужения таза сочетается со слабостью родовой деятельности.

Частота кесарева сечения при узких тазах, по данным отдельных авторов (Б. А. Архангельский, А. В. Ланковиц, П. В. Жаров, Е. Я. Каялова), составляет 0,7—7,6%.

Важнейшим условием для успешного проведения родов при узком тазе является раннее выявление беременных с таким тазом, заблаговременное определение их в родильный дом, где в случае необходимости будет оказана квалифицированная помощь.

Осложнения для матери и плода при родах у женщины с узким тазом. При родах у женщины с узким тазом могут наблюдаться самые различные осложнения как для матери, так и для плода. Продолжительность родов, длительность безводного периода, а также частота применяемых вмешательств с целью родоразрешения предрасполагают к восходящей инфекции — развитию септических состояний у родильниц. Процент септических послеродовых осложнений при узком тазе значительно выше, чем при физиологических родах.

Большую опасность при родах для женщины с узким тазом представляют осложнения, возникающие в результате длительного сдавления и перерастяжения тканей. При родах как с равномерно-суженным, так и с плоским тазом прохождение головки через суженное тазовое кольцо сопряжено со значительным сдавлением головкой мягких тканей, ведущим к нарушению кровообращения и образованию отека, а подчас и некроза тканей. В результате может наступить отторжение шейки матки, частичное или круговое, с образованием мочеполовых или ректовагинальных свищей. Отторжение некротических участков происходит на 4—7-й день после родов, тогда и выявляется впервые недержание мочи или кала. Недержание мочи после травм при оперативных вмешательствах выявляется сразу же после родов. Образование свищей при узких тазах является всегда результатом неправильно проведенных родов (В. А. Покровский).

Как наиболее редкое осложнение, можно отметить повреждение лонного или крестцово-подвздошного сочленения, которое может наступить даже при самопроизвольных родах. При подобных осложнениях в первые же часы или дни после родов появляются боли, резко обостряющиеся при движении. В последующем могут развиваться и гнойные симфизиты.

При крайних степенях сужения таза, а также в случаях непреодолимого препятствия, вследствие несоответствия головки с тазом, недостаточной способности ее к конфигурации (переношенность) или неблагоприятного вставления (лобное, задний асинклитизм) в периоде изгнания роды могут осложниться разрывом матки. Это грозное осложнение в случае неоказания немедленной оперативной помощи может повлечь за собой летальный исход для роженицы.

К менее опасным, но наиболее часто встречающимся осложнениям травматического характера при родах с узким тазом относятся разрывы промежности и стенок влагалища.

Прогноз для плода при родах с узким тазом может быть так же неблагоприятным, так как плод при этом страдает в значительно большей степени, чем при нормальных родах.

Выпадение пуповины, нередко случающееся при узком тазе, особенно плоском, ведет к быстрой асфиксии и гибели плода, вследствие прижатия пуповинных сосудов. На головке плода, особенно родившегося при общеравномерносуженном тазе, отмечается большая родовая опухоль, иногда кефалогематома. В редких случаях от давления мыса при плоских тазах образуются ложкообразные вдавления теменных костей.

Продолжительное стояние головки во входе, полости и выходе таза, усиленная конфигурация ее, выходящая за пределы физиологического смещения, может повлечь к разрыву венозных сосудов и внутричерепным кровоизлияниям. Чрезмерное сжатие головки угрожает разрывом мозжечкового намета и венозных сосудов.

Профилактика узкого таза. Профилактика узкого таза в широком смысле слова, начиная с грудного возраста девочки, должна быть направлена на предупреждение детских инфекционных заболеваний, заболеваний рахитом, туберкулезом и полиомиелитом.

Занятия физической культурой в раннем детском возрасте, полноценное витаминизированное питание, охрана труда девушки-подростка, гигиена воспитания, соблюдение правил школьной гигиены — вот те основные профилактические меры, которые ведут к уменьшению числа женщин с различного рода аномалиями таза.

Большое профилактическое значение имеет психопреподготовка беременных к родам, которую нужно проводить в женских консультациях.

Каждую беременную с выраженной формой узкого таза нужно своевременно направлять в родильное отделение для специального наблюдения и оказания ей необходимой акушерской помощи.

Профилактика узкого таза должна заключаться в действенном осуществлении принципов советского здравоохранения, т. е. в широких оздоровительных мероприятиях.

В акушерстве принято вести исчисление срока беременности и время предстоящих родов от первого дня последней менструации, причем средняя продолжительность беременности равна 280 дням, или 40 неделям. По указаниям многих авторов, эта цифра соответствует действительности, но примерно в трети случаев всех родов может давать отклонения как в меньшую, так и в большую сторону. Иногда длительность беременности, заканчивающейся рождением зрелого плода, колеблется от 224 до 341 дня (И. Ф. Жордания).

Перенашивание, т. е. слишком длительная беременность, превышающая физиологический срок и заканчивающаяся запоздалыми родами (*partus serotinus*), представляет собой слишком неточное понятие, так как начало беременности, за редким исключением, устанавливается нами предположительно, вследствие отсутствия точных данных о времени зачатия. Переношенной принято считать беременность, если ее продолжительность превышает 280 дней на две недели и больше, т. е. больше 42 недель.

Частота этой аномалии беременности, по данным разных авторов, составляет 10,8—19,2% всех родов. Однако эти данные можно считать завышенными. Истинное перенашивание, которое сопровождается «перезреванием» плода, встречается значительно реже, что подтверждают и наши наблюдения.

Этиология перенашивания выяснена крайне недостаточно. Могут быть многие причины перенашивания, в частности, глубокие расстройства гормональных соотношений в конце беременности (снижение уровня эстрогенов, повышение прогестерона и хориального гонадотропина примерно вдвое по сравнению со средним количеством, характерным для конца нормальной беременности), низкая активность ацетилхолина, замедленный обмен веществ, ожирение, базедовизм, эпилепсия, гипертония и др. Имеются некоторые указания на изменения в функциональном состоянии центральной нервной системы, которые сопутствуют перенашиванию. В ряде случаев перенашивание беременности наблюдается у женщин с поздним наступлением первых менструаций, а также отмечается большая частота перенашивания у пожилых и старых первородящих.

При перенашивании беременности бывают частые осложнения, отражающиеся на детях. Установлено, что мертворождаемость и ранняя детская смертность при запоздалых родах случается значительно чаще. Летальность плодов параллельна срокам перенашивания, чем больше запаздывание родов, тем выше перинатальная смертность.

Высокая летальность плодов и новорожденных в связи с перенашиванием объясняется следующими обстоятельствами: 1) необыкновенная продолжительность беременности подвергает плод большому риску вследствие функциональной недостаточности плаценты, в которой обнаруживается далеко зашедшее старение ее, что резко нарушает снабжение плода необходимыми для его существования веществами; 2) большее развитие плода создает затруднение для его рождения, уменьшается способность головки к конфигурации, что увеличивает возможности тяжелой для него травмы; 3) при уродстве плода чаще наблюдаются перенашивания.

Переношенная беременность является причиной различных осложнений в родах, как-то: раннее отхождение околоплодных вод, первичная и вторичная слабость родовых сил, затяжной характер течения родов, несоответствие в размерах головки плода и таза матери, кровотечение в последовом и раннем послеродовом периодах. Значительно увеличивается количество таких оперативных вмешательств, как кесарево сечение, акушерские щипцы и вакуум-экстракция плода, плодоразрушающие операции. Неблагоприятное влияние перенашивания на исходы беременности как для матери, так и в особенности для плода заставляет обращать самое серьезное внимание на своевременное выявление данной патологии и рациональное ведение беременности и родов у таких женщин.

Недостаточный уровень знаний о перенашивании создает для врача в ряде случаев серьезные трудности для диагностики этой аномалии. При постановке диагноза запоздалых родов в первую очередь следует учитывать данные анамнеза — время последних менструаций и первого шевеления плода. Эти данные чрезвычайно важны, но они не всегда являются достоверными. Не ограничиваясь чисто формальным опросом о первом дне последней менструации, следует ближе познакомиться с женщиной, выяснить ее культурный уровень, характер, отношение к настоящей беременности и многие другие частные вопросы. Словом, следует создать определенное представление, насколько допустимо полагаться на рассказ беременной.

Срок последней менструации окажется полезным для диагностики лишь при условии, что раньше они у женщины были регулярными и последние не отличались чем-либо от предыдущих. Определив время ощущения первых движений плода женщиной, нужно сопоставить их со сроком последней менструации.

Для более точного определения срока беременности большее значение имеет раннее первое посещение женщиной врача, когда субъективное определение позволяет подтвердить данные анамнеза.

Учитывая ранний срок беременности, очень важно для диагностики систематическое непрерывное наблюдение (по возможности одним врачом) за женщиной на протяжении всей беременности, с первых недель ее и особенно в последние дни, в период родового отпуска. Важно для диагностики и для ведения запоздалых родов выяснить у повторно-беременных, не было ли перенашивания у них в прошлом.

При объективном обследовании женщины одним из признаков перенашивания является большая величина плода или крупная, необычно плотная его головка. Тем не менее и этому признаку нельзя полностью доверяться, так как и при перенашивании величина плода может быть обычной для средних величин при срочных родах, а иногда вес ребенка не превышает 2000 г.

По мере перенашивания беременности начинает уменьшаться объем живота, вследствие чего окружность его и высота стояния дна матки над лоном становятся меньше. Живот утрачивает напряженность, делается мягче, флюктуация в полости матки становится все менее ощутимой. При этом наблюдается маловодие, плотное облегание плода стенками матки, снижение подвижности плода и ясное определение его частей. Отмечается приглушение сердечных тонов у плода, появление преходящей аритмии. При отхождении околоплодных вод почти всегда выявляется их желтое окрашивание за счет примеси мекония, хотя другие признаки внутриутробной асфиксии плода и не всегда выявляются.

Рентгенологическое исследование роженицы позволяет установить, что контуры матки как бы приспособляются к очертаниям плода (вследствие недостатка околоплодных вод), кости его черепа заходят друг за друга, хотя головка находится еще над входом в таз; позвоночник плода приобретает кифотический изгиб. В проксимальном эпифизе плечевой и большеберцовой костей незрелого плода обнаруживаются хорошо выраженные ядра окостенения.

В связи с изменением соотношения половых гормонов, особенно уменьшением содержания активных фракций эстрогенов (эстрадиола), меняется картина влагалищного мазка. При цитологическом исследовании встречаются отдельные случаи первой и второй реакции, определяется в большинстве третья реакция, с преобладанием промежуточных клеток, и не встречается четвертая реакция, выявляется полное отсутствие ороговевших клеток.

Для диагностики перенашивания и определения его срока, по нашему мнению, важное значение имеет указание на появление тянущих болей внизу живота и в пояснице (предвестниковые схватки) в течение нескольких дней, в предполагаемый срок родов, и затем их прекращение. В этот срок обычно отмечается усиление слизистых выделений. От этого времени можно отсчитывать срок перенашивания и намечать соответствующую тактику ведения родов.

Подтверждение диагноза перенашивания можно получить изучением последа и новорожденного. В плаценте при перенашивании образуются некротические участки, множественные мелкие и об-

ширные очаги обызвествления, увеличивается общий вес плаценты. Пуповина обычно бывает спавшейся, водные оболочки, плодовая поверхность плаценты и пуповина пропитаны меконием и окрашены в желто-зеленый цвет.

При гистологическом исследовании плаценты в сосудах ворсин хориона видны глубокие нарушения — они расширены, вокруг них заметны кровоизлияния и отек, в другой части заметны облитерация сосудов и исчезновение просвета. На поверхности ворсин происходит отложение фибрина, изолирующего их от материнской крови, наполняющей межворсинчатые пространства. Строма ворсин уплотняется, склерозизируется, местами петрифицируется. Вследствие распада синцитиального покрова контуры ворсин утрачивают свою отчетливость. В материнской части детского места отмечаются дегенеративные изменения отпадающей оболочки, иногда признаки воспалительной реакции.

При осмотре перезрелого новорожденного отмечаются слабое развитие подкожного жирового слоя, морщинистость кожи, скудное количество или даже отсутствие сыровидной смазки, мацерация отдельных участков кожи, особенно стоп и ладоней. Плод чаще всего крупный по весу и длине, определяется значительная плотность костей черепа, крайняя узость швов, особенно между теменными костями, сужение родничков, ограниченная подвижность костей черепа по отношению друг к другу, слабая способность или даже отсутствие таковой к конфигурации черепа. Рентгенологически могут быть выявлены хорошо развитые точки окостенения проксимального эпифиза большеберцовых костей.

Диагностика перенашивания беременности почти всегда имеет свои особенности, крайне затруднительна и всегда требует внимательного индивидуального подхода и изучения беременной женщины. Отношение акушеров к выбору рациональной тактики в случаях переносимой беременности весьма неодинаково и отражает отсутствие единого мнения в теоретическом освещении проблемы перенашивания в целом.

Многие авторы считают целесообразным вызывать роды, как только диагноз перенашивания поставлен, полагая, что чем дольше плод будет оставлен в матке, тем большая опасность грозит его жизни (Е. Я. Ставская, Г. К. Степанковская, З. П. Аширова, К. К. Скробанский, Martius, Käsemann, Suraugi и Nagy). По мнению некоторых из них, вызывание родовой деятельности будет успешнее в первые дни после срока ожидаемых родов, чем в последующие.

Принципиальная позиция других исследователей (Runge, Gibson, Friesen и др.) состоит в выжидании наступления естественных родов, если нет каких-либо особых обстоятельств, требующих срочного вмешательства. Они считают, что вызывание родов не менее опасно для плода, чем длительное их выжидание.

Следует считать более рациональным вызывать роды искусственно в случае перенашивания беременности более 10—12 дней.

При наличии таких осложняющих моментов, как резус-отрицательная принадлежность крови, узкий таз, тазовое предлежание, пожилой возраст (старше 35 лет) первородящей, наличие тяжелых экстрагенитальных заболеваний, отягщенный акушерский анамнез, родовозбуждение следует начинать как можно ближе к сроку ожидаемых родов.

Что касается способов возбуждения родовой деятельности, применяемых при перенашивании, то они в общем могут быть такими же, какими пользуются и при других показаниях.

Наибольшее распространение получили медикаментозные способы родовозбуждения. Родовозбуждение следует начинать с медленного создания эстрогенного фона. Для этого в течение 3 дней роженице вводят по 1 мл 1—2 % раствора синестрола внутримышечно, 1 раз в день дают касторовое масло по 35—50 г и ставят очистительную клизму. Синестрол можно заменить введением других эстрогенных гормонов — 0,1 % раствором диэтилстильбестрола или 0,1 % раствором эстрадиол-дипропионата по 1—2 мл 1 раз в день. Во многих случаях создание гормонального фона в течение 3 дней приводит к самостоятельному разрывыванию активной родовой деятельности.

Если после создания гормонального фона самостоятельно роды не начинаются, необходимо назначить медикаментозное возбуждение родовой деятельности. Для этого нужно применять комбинированную схему медикаментозной родостимуляции.

На 3-й или 4-й день после начала создания гормонального фона назначают еще раз 1—2 % раствор синестрола 1—0,5 мл внутримышечно. Для более быстрого действия его лучше вводить в сочетании с 0,5—1 мл эфира. Через 1—2 часа дают 50 г касторового масла и ставят очистительную клизму. После действия кишечника внутривенно вводят 20 мл 40 % раствора глюкозы, 10 мл 10 % раствора хлористого кальция, 1—2 мл 5 % раствора витамина В₁ и 1 мл 5 % раствора витамина С. Затем по схеме Штейна каждые 30 минут производят инъекции питуитрина по 0,2 мл, чередуя их с дачей солянокислого хинина по 0,1—0,15 г, всего 6—8 раз. Питуитрин с успехом можно заменить равными дозами маммофизина или окситоцина.

Схема Штейна с ее различными модификациями для медикаментозной стимуляции родовой деятельности является наиболее распространенной в акушерской практике и при перенашивании широко рекомендована (Е. Я. Ставская и др.). Вместе с тем применение питуитрина, которое входит в методику Штейна, при данной патологии встретило и возражения со стороны ряда акушеров (З. П. Аширова, Пижо, Катен и др.). Особенно он противопоказан при нефропатии беременности. Поэтому в настоящее время существует стремление исключить из средств, назначаемых для вызывания родов, питуитрин и заменить его другими веществами.

Вполне оправдано и даже более эффективно вместо питуитри-

на и солянокислого хинина возбуждать родовую деятельность внутривенным введением окситоцина или питуитрина «М». Для этого на 500 мл 5% раствора глюкозы добавляют 1 мл окситоцина (5 ед.) или 1 мл питуитрина «М» (3 ед.) и налаживают капельное внутривенное вливание. Вначале скорость введения не должна превышать 8—10 капель в 1 минуту, через каждые 5 минут число капель увеличивают на 5, доводя постепенно скорость введения до 30—50 капель в 1 минуту. Следует строго следить за состоянием роженицы, при появлении сильных схваток внутривенное вливание окситоцина нужно прекратить и перейти на внутримышечное (по схеме).

Однократная медикаментозная стимуляция родовой деятельности может оказаться неэффективной. В таких случаях не следует форсировать родовозбуждение, нужно дать роженице отдых на 2—3 дня. В результате накопления гормональных и окситотических веществ в организме беременной после отдыха родовая деятельность часто развивается самостоятельно. Следует иметь также в виду, что отсутствие эффекта медикаментозной стимуляции может быть и вследствие того, что нет перенашивания беременности.

Повторное назначение питуитрина может вызвать извращенную реакцию — угнетение схваток, аритмию, спазмы. Поэтому в случае необходимости повторного медикаментозного родовозбуждения питуитрин следует заменить солянокислым хинином (0,1—0,15 г) с прозеринном (0,003 г) или карбохолином (0,001). При указанной схеме хинин нужно чередовать с прозеринном или карбохолином каждые 30 минут — всего 6—8 раз. Их применение можно успешно комбинировать с внутримышечным введением 3% раствора пахикарпина по 3 мл через 3—4 часа, всего 3—4 инъекции.

В ряде случаев для возбуждения схваток применяют механическое раздражение матки и влагалища, что достигается ранним разрывом плодного пузыря, кольпейризом, наложением кожно-головных щипцов по Уилт—Иванову, пальцевым растяжением наружного зева. Ранний разрыв плодного пузыря рекомендуется особенно в тех случаях, когда в результате маловодия он плотно облегает головку, происходит его слипание с тканью шейки матки в области внутреннего зева. В таких случаях он препятствует разворачиванию родовой деятельности, и раннее вскрытие его в начале применения медикаментозной схемы родовозбуждения способствует активизации схваток и регулирует правильный механизм раскрытия шейки матки.

Учитывая опасности для плода, а в некоторых случаях и для матери, при перенашивании беременности значительно расширяют показания для родоразрешения путем операции кесарева сечения. Вполне оправдана операция кесарева сечения у пожилых первородящих (старше 35 лет) при условии долгого периода бесплодия или самопроизвольных аборт; у пожилых первородящих при наличии тазового предлежания или крупного плода, при отягощенном акушерском анамнезе (мертворождения в прошлом); после

неудачных попыток вызвать родовую деятельность, если шейка матки остается сохраненной и головка находится над входом в таз.

Применение кесарева сечения показано при сочетании перенашивания с другой акушерской патологией. К ней следует отнести поперечное положение плода, крупный плод, небольшие степени сужения таза. Оперативное родоразрешение в таких случаях менее травматично как для матери, так и для плода.

Следует всегда помнить, что при ведении переношенной беременности целесообразно пользоваться общими приведенными правилами, но нельзя допускать шаблона. Особенности отдельных случаев могут заставить отойти от приведенной тактики и действовать соответственно возникшим изменениям.

akusher-lib.ru

Многоплодной называют беременность, если в утробе матери одновременно развиваются два и более плодов. Чаще всего встречаются двойни, примерно 1 раз на 70—80 родов. По известной формуле Гейлина, тройни встречаются 1 раз на 80^2 родов, четверни — 1 раз на 80^3 родов и т. д.

Частота многоплодных беременностей неодинакова у различных народов, в различных странах и зависит от географических, климатических, социально-экономических, бытовых и других причин.

Для возникновения многоплодной беременности необходимо, чтобы одновременно оплодотворились две и более яйцеклетки или одна яйцеклетка, в которой при первых делениях оплодотворенного яйца образуются два зародыша. Роль сверхзачатия и сверхплодотворения в возникновении многоплодной беременности у человека большинством авторов в настоящее время не признается.

Несомненно влияние наследственности в развитии многоплодной беременности. Известно, что в некоторых семьях двойни встречаются на протяжении нескольких поколений. Частота многоплодия также значительно возрастает, если один или оба супруга происходят из двойни.

Поскольку из многоплодных беременностей чаще всего встречаются двойни, изложение вопроса о многоплодии сводится в дальнейшем в основном к изложению течения и ведения беременности и родов при двойнях.

Если оба плода развиваются из одного яйца, говорят об однойяцевой двойне. Однайцевая двойня, как правило, одного пола, имеет одну группу крови, а в последующем представляет пример разительного внешнего сходства и сходства основных проявлений высшей нервной деятельности.

Плацента у однойяцевой двойни обычно одна, амнион чаще имеется отдельно для каждого плода. В случае моноамниотической двойни нередко развиваются двойные уродства, сросшиеся двойни и т. д. При однойяцевой двойне, когда имеется общее для обоих

плодов плацентарное кровообращение, может быть очень неравномерное развитие близнецов. В некоторых случаях один из двойни погибает на ранних стадиях развития и превращается в так называемый бумажный плод (*foetus papiraceus*), который случайно обнаруживается в виде придатка на плаценте после рождения нормального доношенного ребенка. Неравномерностью кровообращения во время внутриутробного развития объясняется также рождение «бессердечного урода» (*acardiacus*), почти бесформенного образования, имеющего только зачатки органов.

При оплодотворении двух яиц двумя сперматозоидами развивается двуяйцевая двойня. Двуяйцевые близнецы могут быть однополыми и разнополыми, обычно не бывает у них такого внешнего сходства, как у однойяйцевой двойни. При двуяйцевой двойне каждый плод имеет свой амнион и свой хорион. Даже если обе плаценты расположены рядом и внешне представляют единое целое, они могут быть без труда разъединены, причем целостность плацентарной ткани не нарушается.

Диагноз одно- или двуяйцевой двойни ставится обычно после рождения последа и тщательного осмотра его.

Диагностика многоплодной беременности нередко затруднена, а в ранние сроки беременности с достоверностью невозможно. Заподозрить многоплодную беременность в I половине ее можно, если объективно определяемые размеры матки больше предполагаемого по дате последней менструации срока беременности. В подобных случаях имеет значение систематическое наблюдение в женской консультации. Кроме того, при двойнях токсикоз беременности нередко начинается раньше, протекает тяжело, трудно поддается лечению. Комплекс этих симптомов может заставить врача подумать о возможности двойни, однако окончательный диагноз в ранние сроки беременности невозможен.

Диагностировать двойню во II половине, а особенно в конце беременности значительно легче. И если еще в некоторых случаях роды двойней являются неожиданностью, то это происходит большей частью потому, что у врача не возникала мысль о двойне и беременная женщина не обследовалась с этой точки зрения.

Общепризнано, что если к концу беременности окружность живота достигает 110 см и более, нужно подумать о возможности многоплодия. Конечно, живот может иметь большие размеры не только при многоплодии, но и при многоводии, ожирении, крупном плоде. Обычно приходится проводить дифференциальный диагноз между многоплодием и этими состояниями. В диагностике помогают прежде всего пальпация и аускультация живота. Обнаружение двух головок, одной маленькой головки, не соответствующей общему размеру живота, или трех крупных частей (ягодицы, головка), а также множества мелких частей характерно для двойни. При тщательной аускультации удастся обнаружить два сердцебиения в разных точках живота, причем между ними существует «немая зона»,

где сердцебиение не прослушивается. Обычно оба сердцебиения имеют различный ритм. Достоверным для двойни принято считать разницу в 10 ударов в 1 минуту.

В некоторых случаях — при напряженной матке, при ожирении или отеке передней брюшной стенки — получить отчетливые данные при пальпации и аускультации живота не удастся. Тогда можно сделать рентгенографию живота в положении женщины на боку. Однако это следует применять лишь по строгим показаниям и в конце беременности, поскольку рентгенологическое исследование в это время менее опасно для плода. Кроме того, от своевременно поставленного диагноза двойни зависит образ действия врача, его тактика в родах, врач имеет возможность предусмотреть и предотвратить ряд возможных осложнений.

Беременность при двойнях протекает тяжелее, чем при одном плоде. Уже во II половине беременности женщины нередко жалуются на одышку вследствие высокого стояния дна матки, часто наблюдается учащенное мочеиспускание. Из-за резкого перемещения центра тяжести женщина вынуждена больше откидываться назад, от постоянного напряжения прямых мышц спины появляются боли в области поясницы и крестца.

При многоплодной беременности в результате ухудшения условий кровообращения часто развивается варикозное расширение вен нижних конечностей и наружных половых органов, причем в более ранние сроки беременности. Очень часто при двойнях продолжительность беременности меньше 40 недель. Частота преждевременных родов, по данным различных авторов (Л. И. Бастанова, Я. С. Кленицкий, А. И. Петченко), достигает при многоплодии 25—75%.

Течение родов при двойнях также имеет ряд особенностей. Наряду с частыми преждевременными родами нередко возникает слабость родовой деятельности, особенно в периоде раскрытия. Причиной слабости схваток является перерастяжение матки и выключение из сократительной деятельности в первом периоде родов значительного по площади участка матки, занятого одной большой или двумя плацентами. Плацентарная площадка, как известно, в сокращении матки в первом и втором периодах родов не участвует. Заслуживает внимания тот факт, что в 3—7% родов двойнями наблюдается преждевременная отслойка плаценты, особенно после рождения первого плода. Несколько чаще, чем при одноплодной беременности, имеет место несвоевременное отхождение околоплодных вод. Второй период родов также нередко сопровождается слабостью родовой деятельности. Обычно через некоторое время после рождения первого плода вскрывается плодный пузырь второго и рождается второй плод. Если оба плода расположены продольно, рождение их обычно происходит самостоятельно и без особых затруднений. Как очень редкое осложнение описана «коллизия» при двойнях, когда первый плод рождается в ягодичном предлежании и его головка вступает

в таз, занятый ранее опустившейся головкой второго плода, который находится в головном предлежании.

При поперечном положении одного или обоих плодов необходимо оперативное вмешательство.

Если предоставить роды при двойне самопроизвольному течению, то между рождением первого и второго плода может пройти некоторое время — от нескольких минут до многих дней. Послед или последы отделяются обычно после рождения плодов, хотя описаны роды, когда после рождения первого плода отделяется его послед, затем рождается второй плод и его послед.

Слабость родовой деятельности, большая плацентарная площадь, перерастяжение матки могут вести к нарушению механизма отделения последа и возникновению атонических кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах. При нормально протекающем третьем периоде кровопотеря в родах при двойне обычно не превышает кровопотери при одноплодной беременности.

Мертворождаемость при многоплодии довольно высока, по данным различных авторов (В. И. Бодяжина, Е. М. Вихляева, Ю. Ф. Ефимова, З. С. Плотникова), от 4 до 6%. Причиной такой высокой гибели плодов является значительная частота недонашивания беременности, а также осложнения в родах, требующие оперативных вмешательств.

Учитывая описанные выше возможные осложнения в родах и во время беременности при многоплодии, а также высокую мертворождаемость и раннюю детскую смертность, к беременности и родам при двойнях следует относиться с особым вниманием.

В женской консультации для своевременной диагностики многоплодия следует тщательно изучать анамнез беременных женщин для выявления наследственных предрасполагающих моментов. Беременных, у которых величина матки больше возможного срока беременности и у которых сравнительно рано появляется и тяжело протекает токсикоз, следует брать на специальный учет, с тем чтобы позже обследовать их с точки зрения возможного многоплодия. Беременные, у которых диагноз многоплодия установлен, входят в особую группу, нуждающуюся в самом тщательном наблюдении.

При явлениях угрожающего преждевременного прерывания беременности или начинающегося токсикоза женщина должна быть госпитализирована в отделение патологии беременности. При нормальном течении беременности женщина госпитализируется за 2—3 недели до ожидаемого срока родов. В стационаре ее дополнительно обследуют, уточняют положение плодов, при необходимости производят рентгенологическое исследование, намечают план ведения родов. Абсолютно необходима заблаговременная госпитализация беременной при сочетании многоплодия с другими видами акушерской патологии и различными экстрагенитальными заболеваниями, которые могут осложнить течение родов.

Ведение периода раскрытия при родах двойней в основном консервативное. Однако следует помнить о слабости родовой деятельности, часто сопровождающей роды двойней, рано диагностировать ее и проводить лечение по общим принципам лечения слабости схваток. Вскрытие плодного пузыря с целью родоускорения может быть произведено лишь при головном предлежании и отсутствии эффекта от применения медикаментозных и гормональных родостимулирующих средств. Если первый плод рождается в ягодичном предлежании и роды принимают по Цовьянову, манипуляции помощника должны быть очень осторожными, чтобы не вызвать преждевременной отслойки плаценты. При «коллизиях» близнецов нужно сделать декапитацию первого плода, а второй извлечь при помощи акушерских щипцов.

После рождения первого плода и отделения его от матери маточный конец пуповины тщательно перевязывают. Если этого не сделать, то при наличии у плодов общего плацентарного кровообращения второй плод, находящийся еще в матке, может погибнуть от кровотечения.

Прежде чем принимать какие-либо меры для рождения второго плода, нужно выслушать и сосчитать его сердцебиение и уточнить его положение путем наружного акушерского исследования.

Если нет показаний со стороны матери или второго плода, после рождения первого плода можно выжидать 20—30 минут. За это время матка после некоторой паузы вновь набирает тонус, необходимый для изгнания плода и нормального течения последового периода. Нередко при этом поперечное или косое положение плода переходит в продольное. Выжидание больше 30 минут большинством авторов признано нецелесообразным, так как при большом промежутке времени между рождением близнецов увеличивается смертность и ранняя детская смертность второго плода, увеличивается возможность проникновения инфекции в родовые пути матери и не снижается частота атонических кровотечений в последовом периоде. При продольном положении второго плода и отсутствии показаний к быстрому родоразрешению достаточно бывает вскрыть плодный пузырь и осторожно выпустить воды, после чего рождение второго плода происходит довольно быстро. При негравильном положении второго плода и необходимости быстрого родоразрешения обычно производят внутренний поворот на ножку с последующим извлечением плода за тазовый конец. Операцию поворота и извлечения, как правило, выполняют легко, ввиду хорошей подготовленности родовых путей рождением первого плода. При соответствующих показаниях второй плод может быть извлечен при помощи вакуум-экстрактора или акушерских щипцов. Применять наружный поворот при поперечном или косом положении второго плода не следует, так как при этом легко может произойти преждевременная отслойка плаценты.

Если по тем или иным показаниям по отношению к первому пло-

ду применялось оперативное родоразрешение, признано целесообразным воспользоваться тем же наркозом до полного окончания родов. При этом чаще всего производят внутренний поворот на ножку и извлечение второго плода.

Особого внимания требует ведение последового периода, который всегда чреват грозным осложнением — атоническим кровотечением. Эта опасность становится особенно реальной, если в первом и втором периодах наблюдалась слабость родовой деятельности. Еще до родов должна быть определена группа крови женщины, ее резус-принадлежность. К моменту рождения второго плода должны быть подготовлены руки акушера для возможного внутриматочного вмешательства. Кроме того, должна быть подготовлена система и кровь для внутривенного переливания, набор для осмотра родовых путей и зашивания разрывов, тампоны для тампонады влагалища и матки, клеммы для наложения на параметрий. Только будучи подготовленным в любой момент приступить к остановке кровотечения и борьбе с малокровием, врач может вести консервативно, выжидательно последовый период при многоплодных родах.

Для предупреждения кровотечения сразу после рождения второго плода нужно опорожнить мочевой пузырь катетером и ввести средство, повышающее тонус маточной мускулатуры, например питуитрин. Если в родах наблюдалась слабость и проводилась родостимуляция, полезно в третьем периоде производить медленное внутривенное введение питуитрина «М» (окситоцина). Для этого 1 мл питуитрина «М» (5 ед.) растворяют в 500 мл 5 % раствора глюкозы и вводят внутривенно со скоростью 8—12 капель в 1 минуту. Само собой разумеется, что если введение питуитрина «М» проводили во втором периоде, его нужно продолжить до окончания третьего периода родов.

В случае, если кровопотеря достигает 200—250 мл и отсутствуют признаки отделения последа, нужно приступить к ручному отделению его и применить весь арсенал средств к скорейшему прекращению кровотечения и устранению последствий кровопотери.

В послеродовом периоде у женщин при родах двойней чаще развиваются тромбофлебиты поверхностных и глубоких вен нижних конечностей. Профилактикой этого осложнения является лечебная гимнастика и ранние активные движения в послеродовом периоде. При уже развившемся осложнении проводят лечение тромбофлебита общепринятыми средствами.

Итак, изложенное выше позволяет заключить, что при многоплодной беременности прогноз для матери и плодов весьма серьезен, так как в течении беременности и родов нередко возникают различные осложнения. Ведение беременности и родов при многоплодии требует от врача умения предвидеть и по возможности предотвратить осложнения, умения ориентироваться в акушерской ситуации и оказать экстренную помощь.

Роды с тазовым предлежанием плода встречаются в 2—4% ко всем родам и являются одной из основных причин, способствующих повышению мертворождаемости и ранней детской смертности. Высокий процент мертворождаемости и ранней детской смертности объясняется осложнениями, нередко возникающими в процессе родов (недостаточность родовой деятельности, несвоевременное отхождение вод, запрокидывание ручек, спазм шейки матки, ущемление головки). Часть осложнений требует выполнения в интересах матери и плода тех или иных оперативных пособий, что и определяет такие роды, как граничащие между физиологическими и патологическими (Л. С. Персианинов, К. Н. Жмакин, Н. С. Бакшеев). Роды при тазовом предлежании у старых первородящих следует считать патологическими (М. А. Петров-Маслаков, С. Д. Астринский).

Тазовые предлежания делятся на ягодичные и ножные, каждое из них в свою очередь делится на полные и неполные. Кроме того, различают первую и вторую позиции, передний и задний вид.

Существует много причин тазового предлежания плода: многоводие, многоплодие (перерастяжение нижнего сегмента мешает головке фиксироваться во входе в таз), опухоли матки (особенно в нижнем сегменте), предлежание плаценты, узкий таз, мертвый плод, гидроцефалия, роды недоношенным плодом (большая подвижность плода), пороки развития матки. Однако тазовые предлежания встречаются и без этих причин.

Наружное исследование беременной женщины при помощи четырех акушерских приемов в большинстве случаев безошибочно дает возможность диагностировать тазовое предлежание плода, т. е. когда имеются: высокое стояние дна матки, особенно в конце беременности, объясняющееся высоким стоянием ягодиц над входом в таз; подвижная головка у дна матки. Иногда головку трудно или невозможно определить, если у дна матки располагается посыл, который прикрывает головку. Нередко головка, располагаясь у дна матки, отклонена вправо или влево; над входом в таз высокоподвижная крупная предлежащая часть плода, неправильной формы, мягкая, легко смещаемая.

Высоким расположением грудной клетки плода обуславливается выслушивание сердечных тонов плода на уровне пупка или выше, справа или слева, в зависимости от его позиции.

Для распознавания тазового предлежания плода, вида и позиции имеет значение влагалищное исследование, произведенное при достаточном раскрытии маточного зева (2—3 поперечных пальца). Характерным является нахождение крестца, копчика, седалищных бугров, больших вертел бедренных костей, анального отверстия. Если имеется смешанное ягодичное предлежание, то рядом с ягодицами располагаются стопы. Ножки распознаются по пяточному бугру и двум мышелкам, коротким ровным пальцам. Для колена характерна округлой формы подвижная коленная чашечка, которую следует отличать от острого локтевого отростка. Если подколенная ямка обращена влево, будет первая позиция, вправо — вторая. Сравнивая с собственным расположением большого пальца ноги и пяточного бугра, определяют предлежащую ножку (правая или левая). Пол плода определяют очень бережно, во избежание травмы половых органов, особенно девочкам.

Возможны ошибки при влагалищном исследовании:

а) при поперечном положении ручки плода принимают за ножку, если не учитывают, что пальцы ручек более длинные, легко пригибаются к ладонной поверхности, большой палец легко отводится в сторону под прямым углом;

б) локоть предлежащей ручки принимают за колено;

в) отечное предлежащее плечо, прижатое к шейке матки, отождествляют с ягодицами (следует найти подкрыльцовую ямку и ребра);

г) отечное личико при лицевом предлежании напоминает ягодицы, особенно при высокостоящей предлежащей части.

Во всех сомнительных случаях необходимо исключить очень грозное (по прогнозу) для плода и роженицы поперечное положение. При нераспознанном поперечном положении плода не оказанная своевременно акушерская помощь может привести к разрыву матки.

Одновременно следует исключить лицевое предлежание. Нередко при затруднении диагностики тазового предлежания плода возникает необходимость в рентгенографии.

Известно, что тазовое предлежание плода может переходить в головное не только во время беременности, но и в начале родов. В связи с этим не следует травмировать психику беременной в ранние сроки беременности, ставя ее в известность о наличии тазового предлежания. Беременная должна находиться под наблюдением женской консультации, а в сомнительных случаях со II половины беременности должна быть на особом учете. За 1—1,5 месяца до родов беременную извещают о предлежании плода, причем диагноз сообщают не в достоверной форме, а только в виде серьезного предположения.

Для исхода родов большое значение имеет величина плода, его гсс, который в известной мере может регулироваться назначением рациональной диеты беременной. Ограничение углеводов и замена их белками способствуют развитию плода с нормальным весом.

Психопрофилактическую подготовку к родам беременной с тазовым предлежанием плода должен производить индивидуально врач в женской консультации или стационаре.

Беременной не рекомендуется подъем тяжестей, работа, связанная с большим напряжением брюшного пресса, чтобы предупредить преждевременное или раннее отхождение вод. В то же время дозированная физическая нагрузка должна осуществляться во все сроки беременности. Лучше всего проводить ее под контролем квалифицированного методиста в гимнастическом зале, используя различные средства и формы физической культуры. Физическая подготовка не должна вызывать перенапряжения и переутомления организма. Она в сочетании с психопрофилактической способствует укреплению здоровья, закаливанию организма, развитию морально-волевых качеств, преодолению трудностей в родах. Правильный режим беременной, строго дозированная физическая нагрузка, психопрофилактическая подготовка к родам, общее ультрафиолетовое облучение, воздушные ванны, гидропроцедуры уменьшают частоту слабости родовой деятельности, внутриутробной асфиксии плода, оперативных вмешательств.

За две недели до родов желательно беременную госпитализировать в отделение патологии беременности, где обеспечивают надлежащий режим и с началом родовой деятельности оказывают акушерскую помощь.

Особого внимания заслуживает профилактический наружный поворот на головку при наличии соответствующих условий в 35—36 недель беременности (Б. А. Архангельский) и умения врача произвести его. После поворота не менее чем в 90% случаев устанавливается стойкое головное предлежание. Такой поворот рекомендуется делать в условиях стационара (с согласия беременной), при соблюдении следующих условий:

- а) при беременности в сроки 35—36 недель;
- б) точном знании позиции и вида плода;
- в) расслабленном состоянии мускулатуры матки и брюшного пресса;
- г) хорошей подвижности плода.

Противопоказания к наружному повороту плода на головку:

- а) отсутствие подвижности плода;
- б) кровотечение, даже самое незначительное, установленное в процессе собирания анамнеза или наблюдения;
- в) наличие рубца на матке, спаечного послеоперационного процесса, преждевременных родов в анамнезе;
- г) многоводие;
- д) многоплодие;

- е) резкое сужение таза;
- ж) токсикозы беременности, заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии нарушения компенсации;
- з) подозрение на гидроцефалию;
- и) пороки развития матки, опухоли матки и органов брюшной полости.

Техника наружного акушерского поворота. Перед поворотом беременная опорожняет мочевой пузырь, кишечник, укладывается на твердой кушетке, врач садится лицом к лицу беременной. Одной рукой захватывает подвижные над входом в таз ягодицы плода и отводит их в сторону спинки. При первой позиции врачу удобнее сидеть справа от беременной, фиксировать ягодицы правой рукой и смещать их в левую сторону, при второй позиции — наоборот. Когда ягодицы смещены в сторону, другую руку акушер укладывает на головку плода и двигает ее вниз — в противоположную смещенным ягодицам сторону. В результате головка оказывается над входом в таз, а ягодицы — у мечевидного отростка. Правая и левая руки врача во время поворота работают согласованно и сохраняют естественное состояние сгибания плода. Ягодицы двигают по направлению к спинке, а головку — к брюшной поверхности плода. После поворота позиция плода меняется. Беременная остается на кушетке не менее 10 минут, проверяют еще раз расположение головки, выслушивают сердцебиение плода, измеряют артериальное давление, сосчитывают пульс беременной. Если нет никаких жалоб и отклонений, продольное положение плода в головном предлежании фиксируют при помощи валиков и бинтования. В течение первого дня все движения беременной должны быть медленными и плавными. После выписки из стационара спать на боку, соответствующем образовавшейся позиции, чтобы противодействовать возможному возвращению в тазовое предлежание.

Однако целесообразность профилактического поворота плода при тазовых предлежаниях разделяются не всеми акушерами Советского Союза. Сдержанность объясняется возможными осложнениями поворота: преждевременная отслойка плаценты с кровотечением, разрыв матки при грубом насилии, а также возможность обратного смещения плода, образование поперечного положения плода.

Заслуживает большого внимания метод И. Ф. Диканя для исправления тазового предлежания. Сущность метода заключается в том, что с 30-недельного срока беременности рекомендуется: лежать на кровати поворачиваться то на один, то на другой бок 3—4 раза подряд и лежать на каждом из них по 10 минут, что повторяется 3—4 раза в день перед едой. В большинстве случаев поворот на головку происходит в первые 7—8 дней занятий. Затем поворот плода на головку фиксируют бандажом. Изменение положения плода объясняется изменением тонуса мышц матки под влиянием раздражения механо- и барорецепторов во время поворотов те-

ла беременной. Бандаж уменьшает объем матки в поперечном раз-
мере и увеличивает его в продольном. В дальнейшем беременная
спит и отдыхает на боку, соответствующем позиции плода. При ре-
цидиве занятия продолжают. При пороках развития матки занятия
не приводят к цели.

С хорошими результатами И. И. Грищенко проводит комплекс
гимнастических упражнений.

Упражнения складываются из следующих приемов:

а) наклона туловища в сторону спинки плода;
б) сгибания нижних конечностей в коленном и тазобедренном
суставах с одновременным сгибанием туловища полуоборотом в сто-
рону позиции плода (отклоняется тазовый конец плода от входа в
малый таз);

в) выгибания спины с упором рук на перекладине шведской
стенки;

г) выгибания спины в коленно-локтевом положении, лежа на топ-
чане, чтобы таз беременной располагался значительно выше голо-
вы (сокращение мышц спины и брюшного пресса способствует по-
вороту плода);

д) беременная, лежа на спине, сгибает ноги, колени приводит
к животу, делая полуоборот таза с согнутыми ногами в сторону по-
зиции плода, и снова принимает положение на спине с согнутыми
ногами. Возвращаясь в исходное положение, вытягивает ноги.

Ведение родов при тазовых предлежаниях должно быть кон-
сервативно-выжидательным, вмешательства допустимы лишь при
показаниях.

Следует учитывать, что продолжительность родов зависит от
исходного состояния роженицы к моменту родов, возраста ее, вида
предлежания, емкости таза и величины плода.

Одной из основных задач ведения первого периода родов при
тазовых предлежаниях является сохранение целостности плодного пу-
зыря до наступления полного или почти полного раскрытия шейки
матки, т. е. обеспечение короткого безводного промежутка в родах.
Высокое стояние предлежащей части над входом в таз не способст-
вует достаточному сглаживанию шейки матки в конце беременнос-
ти. Нижний сегмент в силу этого не находится в плотном соприкос-
новении с предлежащей частью. Передние и задние воды свободно
сообщаются между собой. Плодный пузырь, принимая на себя да-
вление уже с началом родовой деятельности, разрывается, происхо-
дит излитие вод.

Для сохранения пузыря в начале родовой деятельности роже-
ница укладывается в постель на бок, где находится спинка плода
с пригнутыми к животу бедрами. Такое положение роженицы спо-
способствует отклонению матки за счет своей тяжести в сторону,
на которой лежит роженица, уменьшается давление предлежащей час-
ти плода на шейку матки, схватки становятся энергичными; пре-
дотвращается угроза раннего разрыва плодного пузыря, выпадения

пуловины, развития эндометрита в родах, внутриутробной асфиксии плода. Продолжающаяся родовая деятельность с нарастающей интенсивностью сглаживает нижний сегмент, который плотно прилегает к подлежащей части, и роды протекают без осложнений.

Вторым очень важным условием в ведении первого периода родов является обеспечение развития хорошей родовой деятельности как залога благополучного исхода родов. По предложению И. М. Старовойтова, для сохранения целостности плодного пузыря при тазовом предлежании и стимуляции родовой деятельности с самого начала ее нужно проводить кольпейриз. Введенный во влагалище кольпейринтер заполняют антисептическим раствором через сообщающиеся сосуды, и находится он во влагалище 6—8—12 часов. Кольпейриз может сочетаться с введением эстрогенов и применением других медикаментозных средств. Важно стимулирование родовых схваток проводить своевременно. Хорошие результаты дает внутривенное введение окситоцина, что особенно полезно в конце периода раскрытия и изгнания.

Окситоцин вводят внутривенно — 5 ед. на 500 мл 5% раствора глюкозы. Начинают введение с 5—8 капель в 1 минуту, с постоянным увеличением количества капель — каждые 5 минут по 5 капель, доводя скорость введения до 40—45 капель в 1 минуту. Введение препарата должны проводить под наблюдением врача. При многоводии, многоплодии, при тяжелых токсикозах беременности, а также при тяжелой патологии внутренних органов назначение окситоцина нежелательно.

Важно следить за состоянием внутриутробного плода и в случае появления асфиксии плода применять триаду Николаева (глюкоза, кислород, карозол).

Хорошее действие оказывает сигетин, который вводят внутривенно по 2 мл в виде 2% раствора.

После отхождения вод необходимо произвести влагалищное исследование, при котором выясняют состояние шейки матки, степень сглаживания, раскрытия, ригидность краев, уточняют позицию и вид тазового предлежания, отсутствие или выпадение пуповины, измеряют диагональную конъюгату, определяют емкость малого таза.

Хорошая родовая деятельность, своевременное вскрытие плодного пузыря знаменуют вероятность благополучного течения второго периода родов.

Во втором периоде родов необходимо создать устойчивые точки опоры для верхних и нижних конечностей, тем самым усилить потуги. Полусидячее положение роженицы на родильной кровати с приведенными к животу бедрами способствует уменьшению угла наклона таза, трения головки о заднюю поверхность лонных костей, ускоряет изгнание плода. Частое выслушивание сердцебиения плода, особенно при ягодицах, опустившихся в полость таза, своевременно выявляет опасность угрожающей асфиксии плода.

Очень часто к моменту изгнания плода у первородящих женщин образуется чистое ягодичное предлежание, у повторнородящих — смешанное (К. А. Цовьянов). При смешанном ягодичном предлежании сильно растягиваются податливые родовые пути роженицы, что предрасполагает к более быстрому, беспрепятственному изгнанию плода. При этом приходится оказывать пособие — выведение головки.

При чистом ягодичном предлежании ножки согнуты в тазобедренных суставах и разогнуты в коленных. Вытянутые и прижатые к животу ножки прижимают скрещенные ручки к грудной клетке плода и предохраняют их от запрокидывания при прохождении через малоподатливые родовые пути (особенно шейку матки). Концы ножек прикрывают личико плода и, прижимаясь к нему, препятствуют разгибанию головки. Плод в таком положении, как бы уподобленный конусу, расширяющемуся по направлению к головке, достигает максимального объема на уровне плечевого пояса. Этот объем превышает объем последующей головки, т. е. в достаточной мере подготавливает родовые пути для беспрепятственного прохождения головки.

Мысленно проведенная межвертельная линия при тазовых предлежаниях имеет для акушера то же значение, что стреловидный шов при головных предлежаниях. Вершина копчика плода является ведущей точкой, она устанавливается во время изгнания плода по проводной оси таза. Плод, продвигаясь по родовому каналу, продельвает определенный биомеханизм. Ягодицы вставляются в плоскость входа в малый таз межвертельной линией, чаще всего в одном из косых размеров, и опускаются в этом же размере в полость таза, совершая внутренний поворот, и в плоскости выхода устанавливаются в прямом размере. Во время врезывания передняя ягодица рождается до гребешка подвздошной кости. Фиксируясь гребешком к лонной дуге, передняя ягодица дает возможность полностью родиться задней ягодице, после чего рождается передняя ягодица при боковом сгибании позвоночника в поясничном отделе. Вскоре ягодицы опускаются ниже, нижний полюс выходит до пупочного кольца, повернувшись спинкой к лону. В это время плечики плода поперечным размером вступают в плоскость входа в малый таз в поперечном или одним из косых размеров таза и проходят широкую и узкую часть полости таза. В выходе из малого таза поперечник плечиков становится в прямом размере, причем переднее плечико располагается под лонем, заднее — над промежностью. В норме переднее плечико и ручка рождаются первыми. Последующая головка в согнутом состоянии занимает стреловидным швом в плоскости входа положение поперечного или одного из косых размеров (в зависимости от позиции плода). Размер этот обратный тому, в каком вставлялись ягодицы. Головка совершает внутренний поворот, проходя широкую и узкую часть полости таза, и в плоскости выхода стреловидный шов устанавливается в прямом размере. Затылок

обращен к лону, область подзатылочной ямки фиксируется под лонной дугой, давая возможность из-под промежности постепенно родиться головке. Механизм родов при ножных предлежаниях не отличается от механизма родов при ягодичных предлежаниях.

С практической точки зрения необходимо различать четыре момента в продвижении плода при тазовых предлежаниях:

- а) рождение туловища до пупочного кольца;
- б) рождение до нижних углов лопаток;
- в) рождение плечевого пояса;
- г) рождение головки.

Особенно ответственны в оказании помощи и опасны для плода третий и четвертый моменты. Правильное ведение их значительно снижает мертворождения. По мере продвижения плода, в особенности плечевого пояса и головки, наступает сдавление пуповины, что создает нарушение циркуляции крови, особенно в пупочной вене, поэтому в случае задержки продвижения плода после выхождения пупочного кольца в течение 2—3 минут целесообразно приступить к освобождению плечевого пояса и головки. Освобождение ручек начинают с выведения задней ручки. Необходимый простор со стороны крестцовой впадины обеспечивает более быстрое производство манипуляций для выведения задней ручки. Для этой цели акушер, захватив за голени плод всей рукой, наклоняет туловище плода в сторону таза роженицы (при первой позиции — к правому, при второй — к левому). При этом заднее плечико и ручка обычно опускаются в крестцовую впадину. Одновременно двумя пальцами руки, введенными в родовой канал, по лопатке и плечу плода акушер достигает локтевого сгиба, и, нажимая на него, освобождает заднюю ручку, которая скользит по личику, грудке и выходит наружу. Не теряя времени, тут же переводит переднюю ручку кзади. Большие пальцы рук врач кладет на лопатки, четыре пальца на грудку, обхватывает туловище плода вместе с родившейся ручкой и производит поворот на 180°. Спинка плода должна пройти под лоном (чтобы не образовать заднего вида). Переведенную переднюю ручку кзади освобождает таким же приемом, как и предыдущую ручку. Головку освобождает по способу Морисо — Левре — Ляшопель. После освобождения плечевого пояса врач туловище плода кладет на предплечье своей руки (чтобы не разогнулась головка). Два пальца этой руки вводит в родовой канал и располагает на нижней челюсти, тем самым головка удерживается в согнутом состоянии, обеспечивается ее прохождение по костному родовому каналу наименьшим размером, как при нормальных родах в головном предлежании. Другую руку (лучше правую) укладывает виллообразно по бокам шеи на плечевой пояс плода и извлекает головку; при этом нельзя давить на ключицы плода, во избежание образования параличей Эрба.

Дальнейшие тракции производят так: головку потягивают книзу до рождения волосистой части (подзатылочная область), а

затем сверху и из-за промежности медленно рождается рот, лицо, лоб, затылок (рис. 30).

В таких случаях головка остается согнутой, сохраняется целостность промежности, предотвращается травма шейного отдела позвоночника.

В настоящее время находит применение рациональный метод ручного пособия Н. А. Цовьянова при ведении родов в ягодичном и ножном предлежании. Сущность метода заключается в поддержании продвижения плода по родовому каналу с членорасположением, характерным данному виду предлежания. К оказанию пособия приступают лишь с момента прорезывания ягодиц, при этом ножки рождаются вместе с туловищем и головкой. Большие пальцы акушер располагает по задней поверхности бедер плода, остальные четыре пальца — на крестце. По мере рождения плода пальцы рук перемещает по плоду, сохраняя ножки на весь период изгнания вытянутыми и прижатыми к грудной клетке (рис. 31).

После появления из-под лона нижнего угла передней лопатки самостоятельно рождается переднее плечико и ручка. Затем акушер приподнимает плод кпереди, и заднее плечико и ручка выходят из крестцовой впадины. Согнутая головка под защитой вытянутых ножек проходит малый таз и опускается на тазовое дно. Ножки выпадают, а из глубины влагалища виден подбородок, рот и носик плода. Приподнятые ягодицы косо кпереди обеспечивают нормаль-

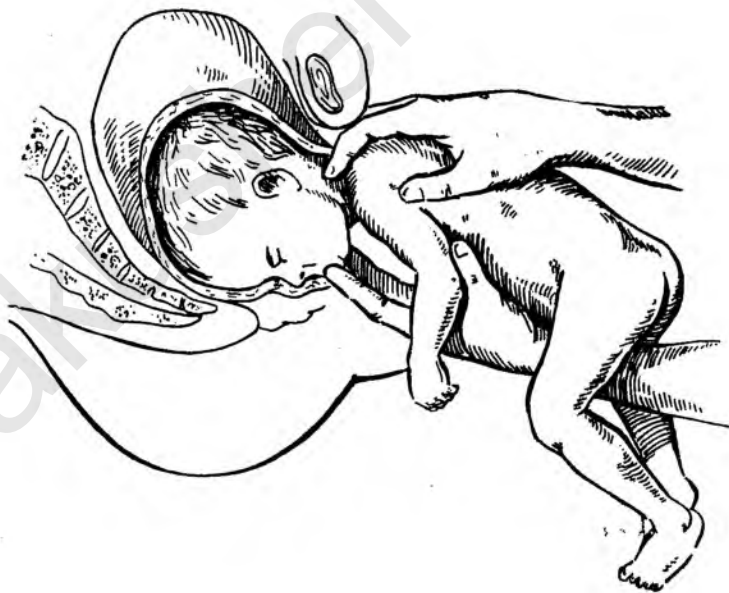
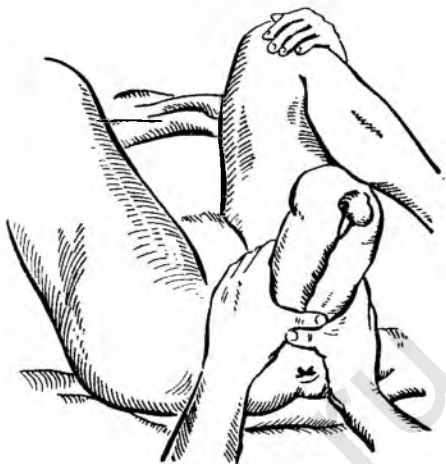


Рис. 30. Освобождение последующей головки.

Рис. 31. Родившиеся ягодицы устремляются вверх. Большие пальцы акушера по мере рождения плода передвигаются по ножкам к задней спайке.



ное прохождение головки по родовому каналу. Рождение головки не следует задерживать, а также не следует и торопить. Хорошая родовая деятельность способствует самостоятельному рождению головки, при задержке ее освобождают по методу Морисо — Левре — Ляшопель.

Роды в ножном предлежании требуют особого внимания акушера. Нередко с началом родовой деятельности рано отходят воды, отмечается слабость родовой деятельности, выпадение мелких частей плода при неполном раскрытии шейки матки, что создает угрозу для плода. Для этого вида предлежания Н. А. Цовьянов дает рекомендации по ведению родов. Они сводятся к препятствию продвижения туловища плода до полного раскрытия шейки матки. Способ основывается на свойстве мускулатуры матки и брюшного пресса развиваться усиленной родовой деятельностью на препятствие, которое встречает предлежащая часть во время родов. Такого рода препятствие создает акушер, систематически задерживая ножки во время схваток, еще когда ножки находятся на тазовом дне. Ладонную поверхность правой руки врач, не касаясь промежности, кладет к вульве роженицы и препятствует преждевременному рождению ножек плода (рис. 32). В результате такого противодействия происходит раскрытие шейки матки и ножное предлежание переходит в смешанное ягодичное. Опустившиеся на тазовое дно ягодицы раздражают крестцово-маточное нервное сплетение и усиливают потужную деятельность. Полностью раскрывается шейка матки, расправляются влагалищные своды, растягивается промежность и широко зияет половая щель роженицы. Ножки плода, несмотря на противодействие, выступают из-под боковых сторон ладони акушера. Прекращается противодействие, и нередко в одну-две потуги рождается плод самостоятельно.

Задержка ножек может продолжаться от 30 минут до двух часов, в зависимости от характера родовой деятельности и раскрытия зева шейки матки. При появлении потуг, полного раскрытия зева ножки не задерживаются.

Пособие выполняется так: акушер садится лицом к роженице с правой стороны. Локоть правой руки ставит на кровать между

раздвинутыми бедрами роженицы. Ладонную поверхность правой руки кладет на вульву, прикрытую стерильной салфеткой, и во время схватки оказывает противодействие ножкам.

После 1—2 потуг выслушивают сердцебиение плода для принятия мер в случае наступления внутриутробной асфиксии плода.

При тазовых предлежаниях нередко наблюдаются осложнения: недостаточность родовой деятельности, несвоевременное отхождение вод, неподатливость мягких тканей.

Следует иметь в виду, что удовлетворительная родовая деятельность при головном предлежании оказывается недостаточной при тазовом предлежании (М. А. Петров-Маслаков). В связи с этим при тазовом предлежании плода необходимо поддерживать интенсивную родовую деятельность как в конце периода раскрытия, так и в период изгнания. Этого можно достичь внутривенным введением окситоцина, причем с началом потуг увеличивают количество капель вводимого раствора, либо внутримышечным введением 0,5 мл питуитрина «Р». При наличии противопоказаний к введению указанных веществ назначают 0,5 мл питуитрина «М» или 0,5 мл окситоцина (Л. С. Персианинов, К. Н. Жмакин, М. А. Петров-Маслаков).

Продолжительность родов служит исходным моментом для решения вопроса о проведении медикаментозной стимуляции родовых схваток на любом этапе родов.

При этом можно рекомендовать: в случае первичной слабости родовой деятельности — быстрое насыщение организма роженицы эстрогенами (внутримышечно 1 мл синестрола в смеси с 5 мл эфира).

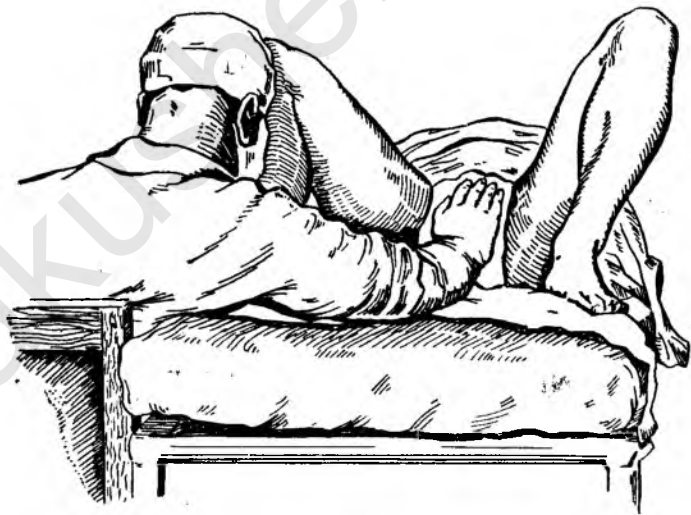


Рис. 32. Противодействие, оказываемое акушером, преждевременному рождению ножек плода.

Затем, через 2—4 часа, 50 г касторового масла внутрь, через 1 час — очистительную клизму. Применяют гигиенический душ. Внутривенно вводят 10 мл 10% раствора глюконата кальция, 40—50 мл 40% раствора глюкозы и капельно окситоцин (1 ампула — 5 ед. на 500 мл 5% раствора глюкозы), начиная с 8 капель в 1 минуту, постепенно увеличивая при необходимости до 40—45 капель. Окситоцин иногда заменяют солянокислым хинином внутрь по 0,05 г (0,1 г) каждые 15 минут, 6—8 порошков, чередуя с внутримышечным введением питуитрина «Р» или «М» по 0,25 мл, также каждые 15 минут, всего 6—8 инъекций.

Клинические наблюдения показывают, что ускорение первого периода родов происходит после введения в шейку матки лидазы (64 ед., растворенной на 50 мл 1/4% раствора новокаина).

При продолжительности первого периода родов 14—16 часов роженице следует дать отдых на 3—4 часа, после чего восстанавливается родовая деятельность.

Необходимо помнить, что при наличии рубцов на матке медикаментозную стимуляцию схваток нельзя применять.

Резко замедленное раскрытие шейки матки при наличии регулярных болезненных схваток, отсутствие продвижения плода по родовому каналу при наличии соответствия размеров таза и плода, боли в пояснице постоянного характера, задержка мочеиспускания при отсутствии признаков сдавления уретры должны навести на мысль о дискоординированной родовой деятельности (К. Н. Жмакин). В подобных случаях применение спазмолитических средств: атропин (0,1% раствор 0,5—1 мл под кожу), папаверин (в свечах по 0,04), промедол (1—1,5 мл 2% раствор) с апоморфином (1 мл 1% раствор под кожу), в сочетании с цервикальной и парацервикальной анестезией устраняют дискоординированную работу матки.

Отсутствие родовой деятельности после несвоевременного отхождения вод при тазовом предлежании доношенной беременности требует проведения родовозбуждения, не ожидая спонтанного развития схваток (М. А. Петров-Маслаков, Л. С. Персианинов). В подобных случаях при слабости родовых сил медикаментозную стимуляцию необходимо начать спустя 3—4 часа после отхождения вод.

Что касается недоношенной беременности, то в случае преждевременного отхождения вод от назначения стимулирующих средств следует воздержаться, можно ограничиться наблюдением и проведением профилактики инфекции и внутриутробной асфиксии плода.

Раннее отхождение вод при тазовом предлежании предрасполагает к выпадению пуповины, при этом вправление ее не дает хороших результатов, наступает внутриутробная асфиксия и смерть плода. При таком осложнении дальнейшее ведение родов может быть консервативным или делают кесарево сечение. При консервативном ведении родов выпавшую пульсирующую пуповину заворачивают в стерильную салфетку, смоченную теплым физиологиче-

ческим раствором. Затем ведут наблюдение с тщательным выслушиванием сердцебиения. Замедление сердцебиения до 100 ударов в минуту, нарушение ритма сердцебиения служит показанием для извлечения плода за тазовый конец.

Для облегчения выведения плода, в том числе головки, при тазовых предлежаниях полезно назначать спазмолитические средства повторно, проводить цервикальную, парацервикальную анестезию и пудендальную анестезию раствором новокаина; введением лидазы в толщу шейки матки. В момент прорезывания головки у первородящих женщин при напряжении тканей необходимо сделать срединную или боковую перинеотомию. Рассечение промежности легко выполнить в момент прорезывания ягодиц.

Нередко указанные мероприятия не устраняют тяжелых осложнений родов при тазовых предлежаниях, и тогда производят кесарево сечение.

Запрокидывание ручек у плода, точнее, отхождение ручек от грудки по направлению к головке возникает чаще всего, если нарушается нормальный биомеханизм родов преждевременным подтягиванием плода за родившуюся первую его половину, когда рождение второй половины происходит в отсутствие полного раскрытия шейки матки и эффективной родовой деятельности. При тазовых предлежаниях может быть запрокидывание ручек (рис. 33), которые освобождают по классическому методу, причем во влагалище вводят не два пальца со стороны крестцовой впадины, а всю руку.

Первая и вторая степень запрокидывания ручек может быть устранена приемом Преображенского. На лопаточные углы плода надавливают по направлению к позвоночнику, что способствует опусканию плечевой кости и локтевого сгиба в полость таза, затем освобождают поочередно ручки со стороны крестцовой впадины. При третьей степени запрокидывания ручек необходимо по возможности заправить туловище плода обратно вверх в родовой канал, после чего акушер подводит свою руку по спинке плода к предплечью и переводит предплечье через головку в нормальное положение или вращает плод в направлении пальцев запрокинувшейся ручки. Ручки освобождаются со стороны крестцовой впадины.

Ущемление шейки плода в судорожно сокращенном зеве шейки матки является грозным осложнением. В таких случаях следует дать наркоз, снять спазм и закончить роды. Для извлечения плода без предварительного устранения спазма шейки матки или при неполном ее раскрытии требуется большая физическая сила. Такое извлечение ведет к глубокому разрыву шейки матки у роженицы, а у плода — к разрыву шейных позвонков.

Задний вид при тазовых вставлениях наблюдается часто во время извлечения недоношенного ребенка за тазовый конец. Как только замечено образование заднего вида, необходимо перевести плод в передний вид.

При затруднении перемещения туловища плода роды заканчи-

Рис. 33. Запрокидывание ручки и ущемление пуповины последующей головкой.

вают в заднем виде. Небольшой ребенок может родиться живым, что касается доношенного, нередко приходится применять перфорацию головки, что обычно выполняют уже на мертвом плоде.

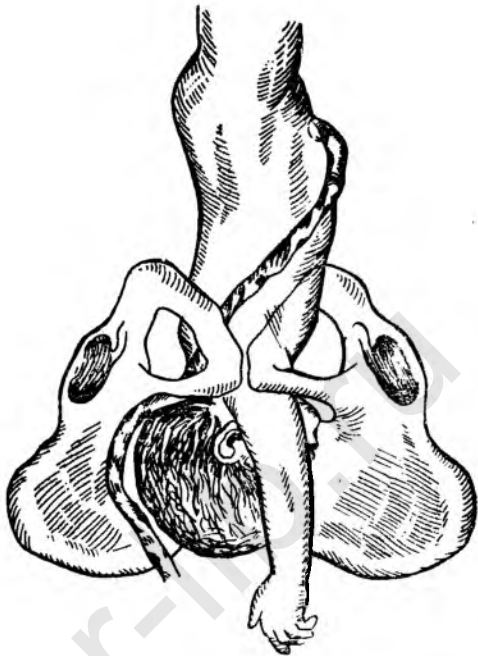
Особенно большие затруднения возникают при стойкой слабости родовых сил, остановке продвижения ягодиц и развитии эндометрита в родах. В подобных условиях допустимо использовать пальцевое извлечение за паховый изгиб, наложение щипцов, стимуляцию родовой деятельности в комбинации с отдыхом, с применением антибиотиков, с учетом чувствительности микроорганизмов к ним, своевременное и регулярное проведение борьбы с угрожающей асфиксией плода.

Одной из серьезных проблем практического акушерства является ведение родов у старых первородящих. Нередко у них уже в начале родовой деятельности возникают осложнения в виде раннего отхождения вод, слабости родовой деятельности, угрожающей внутриутробной асфиксии плода. Сомнительный прогноз родов в сочетании с тем или иным осложнением требует своевременного решения вопроса о методе родоразрешения, включая и кесарево сечение, которое желательно проводить без задержки, в нижнем сегменте.

В течение родов при тазовых предлежаниях могут встречаться показания к ускорению окончания родов как со стороны роженицы, так и плода или их обоих. В таких случаях заканчивают роды операцией кесарева сечения или извлечением плода за тазовый конец.

Кесарево сечение производят, когда имеется крупный плод, сужение таза матери, переносная беременность, упорная слабость родовой деятельности (особенно у первородящих старшего возраста), несвоевременное отхождение вод, а иногда при наличии сочетания двух или нескольких вышеупомянутых осложнений.

Кесарево сечение ради плода должно быть отвергнуто при ма-



лейшем сомнении в жизнеспособности его (М. Н. Петров-Маслаков), особенно у беременных с тяжелым токсикозом, когда плод гипотрофичен, маложизнеспособен (Л. С. Персианинов, К. Н. Жмакин).

Показания к экстракции плода за тазовый конец возникают крайне редко, если в период изгнания проводят усиление родовой деятельности.

Извлечение плода за тазовый конец требует кроме показаний, условий, а также техники исполнения.

Показаниями для извлечения плода за тазовый конец со стороны роженицы будут: а) декомпенсированный порок сердца; б) тяжелые заболевания почек; в) резко выраженная гипертензия; г) затянувшиеся роды с длительным безводным периодом; д) эндометрит в родах; е) пневмония. Со стороны плода: угрожающая или начинающаяся внутриутробная асфиксия плода.

Операцию производят под общим наркозом, при полном раскрытии шейки матки, хорошей емкости таза, отошедших водах. Извлечение лучше производить за одну ножку. Роженица лежит в спинно-ягодичном положении. Предлежащую ножку в области голени захватывают всей рукой, располагая большой палец по оси голени, и извлекают плод вниз, пока родится передняя ягодичка до гребешка подвздошной кости; фиксируя гребешок подвздошной кости у лона, подняв переднее бедро круто кверху, рождается задняя ягодичка. Извлекать заднюю ножку не рекомендуется, она участвует в расширении половых путей. Затем большие пальцы кистей акушер кладет на крестец плода, остальные на тазовые кости и бедра, и производит снова тракцию вниз и на себя, помня о нормальном биомеханизме родов, извлекает плод до пупочного кольца, затем до углов лопаток, а затем приступает к освобождению плечевого пояса и головки по типу «классического пособия». Прогноз родов при извлечении плода за тазовый конец для плода всегда серьезный.

Следует иметь в виду, что большинство родов при тазовом предлежании плода заканчивается благополучно для матери и ребенка.

Однако при их ведении требуется большое внимание на каждом этапе родового акта. И как только проявится малейшее отклонение в течении родов, необходимо умело предупредить осложнение и своевременно оказать врачебную помощь.

Родовой акт — сложный динамический процесс, его физиологическое течение и завершение осуществляется только при условии постепенно нарастающей по силе и продолжительности сократительной деятельности матки. Постоянное ритмичное чередование родовых схваток с нарастанием их продолжительности обеспечивает нормальное течение родового акта.

Однако нередко встречаются аномалии родовых сил, осложняющие течение и исход родов. Клинически они могут проявляться в виде первичной и вторичной слабости родовых сил; изредка бывают чрезмерно сильные схватки. При всех видах аномалии родовых сил наблюдаются нарушения периодичности, ритма и силы маточных сокращений. Нарушение координации и симметричности сокращений отдельных сегментов матки сопровождается особенно упорной слабостью родовых сил.

Классификация аномалий родовых сил. Согласно исследованиям И. И. Яковлева, из всех показателей, характеризующих функциональное «состояние беременной и рождающей» матки, чрезвычайно важное значение имеют тонус и возбудимость, в непосредственной связи с которыми находится моторная способность матки. По И. И. Яковлеву, тонус характеризует рабочую готовность органа к активной деятельности.

Различают нормо-, гипо- и гипертонус, причем особенности характера тонуса обуславливаются как внутренними, так и внешними раздражителями. Определенную характеристику состояния тонуса беременной матки дает пальпация, при которой можно определить степень плотности матки. Однако более точная характеристика тонуса матки может быть получена при применении специальных методов исследования: наружной и внутренней гистерографии, а также регистрации биопотенциалов матки.

Положив в основу классификации аномалий родовых сил состояние тонуса, И. И. Яковлев различает следующие формы сокращений матки (рис. 34).

1. **Г и п е р т о н у с** — судорожное (спазматическое) сокращение мускулатуры матки. При этом бывает спазм мускулатуры

ГИПОТОНУС	Судорожное (спазматическое) сокращение мускулатуры матки	<p>Полный спазм мускулатуры матки-тетания</p> <p>0,05%</p>		
		<p>Частичный спазм мускулат. матки наружного зева (в начале первого периода родов) нижнего сегмента (в конце первого и в начале втор. периода род.)</p> <p>0,4%</p>		
ГИПОТОНУС	Некоординированные, несимметричные сокращения матки в разных ее отделах сменяющиеся прекращением сократительной деятельности, (т.н. сегментарные сокращения)	0,47%		
		<p>Ритмичные, координированные, симметричные сокращения мускулатуры матки</p> <p>90,0%</p>		
ГИПОТОНУС	Нормальные сокращения матки сменяющиеся	<p>Слабостью последних, т.н. вторичная слабость схваток</p> <p>2,47%</p>		
		<p>Истинная инертность матки, т.н. первичная слабость схваток</p> <p>1,84%</p>		
<p>без выраженной тенденции к нарастанию интенсивности схваток в течение всего периода родов.</p> <p>4,77%</p>				

Рис. 34. Различные формы сокращения матки по И. И. Яковлеву (объяснение в тексте)

матки: 1) полный — тетания; 2) частичный — в области наружного зева (в начале первого периода родов), нижнего сегмента (в конце первого и в начале второго периодов).

2. Н о р м о т о н у с, при котором могут быть некоординированные несимметричные сокращения матки в разных ее отделах, сменяющиеся прекращением сократительной деятельности (так называемые сегментарные сокращения), ритмичные, координированные, симметричные сокращения мускулатуры матки, нормальные сок-

ращения матки, сменяющиеся слабостью последних — вторичной слабостью схваток.

3. **Гипотонус**, при котором бывает истинная инертность матки, так называемая первичная слабость схваток, с очень медленным нарастанием интенсивности, без выраженной тенденции к нарастанию интенсивности схваток в течение всего периода родов.

Причины слабости родовой деятельности. Единой общепринятой классификации причин слабости родовой деятельности нет. В практике, а также с целью проведения тех или иных лечебных мероприятий при слабости родовой деятельности можно принять примерную схему причин слабости родовой деятельности, в основу которой положена схема, систематизированная С. М. Беккером:

1. **Причины, которые могут обусловить первичную слабость родовой деятельности.**

А. Анатомо-функциональная недостаточность нервно-мышечного аппарата матки.

1. Перерастяжение матки (многоводие, многоплодие, крупный плод).
2. Родовая травма матки.
3. Хирургическая травма матки (частые выскабливания матки при искусственных абортках, пробные выскабливания, кесарево сечение и т. д.).
4. Опухоли матки (фибромиомы матки и придатков, кисты и кистомы яичников, конгломератные и другие опухоли придатков).
5. Хронические воспалительные и дистрофические изменения нервно-мышечного аппарата матки.

Б. Нарушение нейрогуморальных и гормональных факторов.

1. Снижение активности ацетил-холина и пилоципина и значительное накопление в крови холинэстеразы и пилоципазы.
2. Значительное снижение экскреции с мочой эстрогенных гормонов, особенно их активных фракций, накануне родов и резкое накопление прогестерона.
3. Снижение содержания 17-оксикортикостероидов и 17-кетостероидов, понижение гормональной активности коры надпочечников (В. В. Пашенко, Л. В. Тимошенко).
4. Снижение содержания калия и кальция в сыворотке крови при преобладании первого (М. А. Петров-Маслаков, А. И. Петченко, Д. А. Ширман и другие).

В. Нарушение биохимизма мышцы матки — синтез АТФ, накопление гликогена, белков актомиозинового комплекса фосфорных соединений и т. д. (Чапо, А. Д. Браун, Н. С. Бакшеев и другие).

Г. Нарушение в сторону торможения корректирующей функции центральной нервной системы; понижение возбудимости нервных центров, состояние парализа тазовых нервов, снижение или угнетение чувствительности рецепторного аппарата шейки матки. Влияние психогенных факторов.

Д. Острые общие лихорадочные заболевания.

Е. Общие хронические заболевания.

Ж. Осложнения во время беременности (токсикозы беременности, гипотония и др.).

З. Ожирение, авитаминозы, рефлекторная слабость родовых сил, прочие причины.

В этиопатогенезе аномалий родовых сил особо важную роль играют нервно-психическое и соматическое состояние беременной, а также состояние полового аппарата. По И. И. Яковлеву, нарушение двигательной функции матки следует рассматривать как невротические проявления, которые могут и не сопровождаться признаками невроза. Невротические срывы высшей нервной деятельности являются следствием несоразмерности внешних и внутренних раздражителей с компенсаторными возможностями организма, вследствие чего наступающее перенапряжение нервной системы приводит к расстройству вегетативных функций организма, в том числе и моторной функции матки.

Факторами, обуславливающими разлаженность высшей нервной деятельности, могут быть даже «внутренние» раздражители самого организма (так называемые соматические факторы) и исходящие из различных органов и систем, в том числе и матки.

Функциональные нарушения центральной и периферической нервной системы в ряде случаев могут усугубляться необоснованными акушерскими приемами: несвоевременным применением средств стимуляции родовых схваток, форсированием родоразрешения и другими.

Указанные факторы И. И. Яковлев объединил в следующие группы (таблица 1).

II. Причины, могущие обусловить возникновение вторичной слабости родовой деятельности.

Сюда относятся причины, обуславливающие возникновение первичной слабости родовой деятельности, а также общее утомление и истощение роженицы, функциональная недостаточность брюшного пресса, общее ожирение.

Важное место среди причин, обуславливающих возникновение вторичной слабости родовой деятельности занимают также случаи неправильных вставлений головки, положения плода, применения обезболивающих средств и средств, усиливающих родовую деятельность.

Вторичная слабость родовой деятельности может также наступить в результате несвоевременного отхождения околоплодных вод (при плоском пузыре или плотных его оболочках), ущемления гусы шейки матки, ригидности, спазма и рубцовых изменений шейки матки и влагалища и других причин. В каждом конкретном случае вторичная слабость родовой деятельности может быть обусловлена либо одной из перечисленных выше причин, либо сочетанием нескольких из них. Разумеется, что не все они в одинаковой степени могут влиять на характер сокращений матки, вместе с тем неко-

Факторы, обуславливающие возникновение аномалий родовых сил (по И. И. Яковлеву)

Неврогические проявления	Акушерские факторы				Дополнительные факторы	
	Вегетативно-дисфункциональные нарушения	Общесоматические нарушения	механические препятствия	изменения плодного яйца и глота		неправильное ведение родов
<p>Чрезмерные нервно-психические напряжения (переживания, волнения, конфликты, конфликтные ситуации в сочетании с отрицательными эмоциями). Следовые реакции</p>	<p>Структурно-анатомические и нейротрофические изменения в шейке и теле матки вроджденного (аномалия, пороки развития матки) или приобретенного (травматические, послепителные и послеоперационные процессы) характера</p>	<p>Инфекции и интоксикации (токсемия, пелит и др.). Травмы, контузии, расстройства обмена веществ, эндокринные нарушения. Органические заболевания нервной системы (миелит, tabes dorsalis и др.)</p>	<p>Пространственное несоответствие между величиной головки плода и размерами таза. Опухли мягких тканей по протяжению родового канала, включая и матку. Рубцовые изменения на шейке, ригидность ее тканей</p>	<p>Чрезмерная растянутость матки и многоплодие, крупной величины плод. Неправильные положения плода (поперечное, косое), тазовое предлежание. Несвоевременное отхождение околоплодных вод</p>	<p>Необсвоенное и несвоевременное применение родостимулирующих средств и методов. Нецелесообразное и неправильное применение медикаментозных родовобезболивающих средств</p>	<p>Переношенная беременность. Переполненный мочевой пузырь и кишечник</p>

торые могут сочетаться, что еще больше усугубляет тяжесть течения родов.

Успешное лечение слабости родовых сил применяют только с учетом причин, вызвавших осложнения, с воздействием, устраняющим основные причины.

Слабость родовой деятельности (*doleres debilis, debilitas virium parturientium*) является наиболее частой формой аномалии родовых сил.

Наиболее точное определение слабости родовой деятельности дал П. А. Белошапко, который считает, что слабость родовой деятельности — это такое состояние, при котором энергия, длительность и периодичность схваток недостаточны, а процессы раскрытия родовых путей и изгнания плода при обычных соотношениях размеров таза и плода протекают замедленными темпами.

Слабость родовой деятельности является довольно частым осложнением в родах — от 1,6 до 12,2 % (А. П. Николаев, Л. С. Персианинов, К. Н. Жмакин, П. А. Белошапко, А. И. Петченко, Н. С. Бакшеев, Л. В. Тимошенко и др.). Она наблюдается у первородящих значительно чаще, чем у рожавших женщин, особенно часто отмечена она у пожилых и старых первородящих.

Слабость родовой деятельности часто (до 85—100%) сопровождается преждевременным и ранним отхождением околоплодных вод (А. П. Николаев, Л. С. Персианинов, П. А. Белошапко, К. Н. Жмакин, А. Г. Пап и др.).

Преждевременное и раннее отхождение околоплодных вод способствует развитию эндометрита в родах с последующим осложнением послеродового периода. После операции кесарева сечения, проведенного на инфицированной матке, нередко развивается перитонит и женщина умирает (Н. С. Бакшеев, Е. Т. Михайленко).

При слабости родовых сил в сочетании с преждевременным и ранним отхождением вод увеличивается число оперативных вмешательств (по А. М. Оленьевой — в 10 раз по сравнению с нормальными родами; по А. П. Николаеву — в 3,5 раза увеличивается число маточных кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах).

При сочетании слабости родовых сил с ранним отхождением вод роды затягиваются, нарушаются маточно-плацентарное кровообращение и газообмен, что ведет к внутриутробной асфиксии, а нередко и смерти плода.

В связи с указанным возникает необходимость своевременного выявления асфиксии и принятия мер для ее устранения, а также лечения слабости родовых сил, с применением средств и методов, нормализующих моторную функцию матки в родах и поддерживающих жизнедеятельность внутриутробного плода.

Первичная слабость родовых сил (*doleres debilis primaria*).

Клиническая картина первичной слабости родовой деятельности может быть весьма многообразной. Схватки могут развиваться слабо, быть нерегулярными, редкими, кратковременными, продолжительность такого состояния может колебаться от нескольких часов до нескольких суток.

Чаще всего первичная слабость наблюдается в первой половине периода раскрытия. Для первичной слабости родовой деятельности характерны частые, довольно продолжительные, но слабые и неэффективные схватки, раскрытие шейки матки идет весьма медленно, причём подлежащая часть плода не продвигается по родовому каналу.

Однако бывают такие состояния, при которых редкие, но интенсивные и продолжительные схватки приводят к быстрому сглаживанию и раскрытию шейки матки и благополучному родоразрешению. В подобных случаях длительные паузы между схватками предоставляют физиологический отдых мышце матки после интенсивных ее сокращений. Менее благоприятным следует считать сочетание слабых и кратковременных схваток, которые не приводят к структурным изменениям шейки матки (ее сглаживанию и раскрытию). Чрезвычайно неблагоприятным является полное прекращение схваток на длительное время.

Согласно наблюдениям М. А. Даниахий, при первичной слабости родовой деятельности в конце периода раскрытия или при полном открытии шейки матки только у 50% рожениц головка плода опускается наполвину и больше в полость малого таза, у другой же половины рожениц головка плода длительное время остается подвижной или прижатой ко входу в таз, или вставляется в него малым сегментом. При первичной слабости родовой деятельности продолжительность родов увеличивается, что утомляет роженицу, нарушает ее аппетит и сон и приводит к истощению сил, естественно — это еще больше осложняет роды.

Вторичная слабость родовой деятельности (*doleres debilis secundaria*) — состояние, наступающее после выраженных родовых схваток. Оно возникает вследствие общего переутомления и истощения контрактильной способности мышцы матки. Клиническая картина вторичной слабости родовой деятельности характеризуется постепенным ослаблением ритма и силы сокращений матки, вплоть до полного прекращения схваток. При этом резко понижается возбудимость матки и при механическом, медикаментозном и других видах возбуждения она реагирует слабыми, короткими сокращениями или вовсе не реагирует (*inertio uteri*). По нашим наблюдениям, продолжительность родов при вторичной слабости составляет в среднем у первородящих до 30 часов 12 минут, у рожаящих повторно — до 26 часов 20 минут.

Слабость родовых сил проявляется рядом особенностей в течении родов. При повышении тонуса матки часто наблюдаются судорожные сокращения ее, задерживается раскрытие зева. Раню на-

рушается маточно-плацентарное кровообращение и наступает внутриутробная асфиксия плода.

При нормальном тоне матки могут быть как ритмичные симметричные сокращения ее, так и некоординированные. В последнем случае также рано страдает плод.

В случае низкого тонуса матки слабость родовых сил бывает особенно упорной, при этом часто медикаментозная стимуляция не ведет к усилению родовой деятельности.

Течение родов при слабости родовых сил имеет много особенностей, проявляющихся рядом клинических признаков. И. И. Яковлев удачно объединил их в группы, с учетом тонуса матки, что наглядно показано в таблице 2.

Т а б л и ц а 2

Клинические признаки отдельных форм аномалий родовых сил (по И. И. Яковлеву)

Характер сокращений матки		Клинические признаки отдельных форм
Гипертонус	Судорожное (спазматическое) сокращение мускулатуры матки	<p>Полный спазм мускулатуры матки (0,05%) — тетания</p> <p>Беспокойное поведение роженицы. Непрерывно нарастающая боль в пояснице и реже — в низу живота. Тенезмы со стороны мочевого пузыря и кишечника. Возможно повышение температуры тела и учащение пульса. Раскрытие зева задерживается</p>
	Частичный спазм мускулатуры матки (0,4%) в области наружного зева (в начале первого периода родов); нижнего сегмента (в конце первого и в начале второго периода родов)	<p>Боль не на высоте, а в течение всей схватки, иногда даже во время паузы, с локализацией в поясничной области. Интервалы между схватками короткие. В момент схватки неравномерное оплотнение матки в отдельных ее частях, особенно в нижнем сегменте. Ощупывание в области нижнего сегмента легко вызывает схватку и резко болезненно</p>
Нормотонус	Некоординированные, несимметричные сокращения матки в разных ее отделах (0,47%), сменяющиеся прекращением сократительной деятельности (так называемые сокращения)	<p>Предлежащая часть над входом в таз длительно не фиксируется. Раскрытие зева замедлено (спазм наружного зева). При внутреннем исследовании края зева неподатливы, либо имеется полное или почти полное раскрытие зева, при котором отмечается спазм круговой мускулатуры — пояс сокращения или сжимающее кольцо. Спазм круговой мускулатуры отмечается даже во время паузы</p>

Характер сокращений матки		Клинические признаки отдельных форм	
Нормотонус	Ритмичные, координированные, симметричные (9%) сокращения мускулатуры матки	Нарастающая интенсивность схваток. Сдвиги в раскрытии зева и в темпе продвижения плода в полном соответствии с фактором времени течения родов. В разгаре схватки равномерное уплотнение матки в области верхнего сегмента. Боль на высоте схватки. Головка во входе в таз с самого начала родов. Во время схватки плодный пузырь напрягается	
	Нормальные сокращения матки, сменяющиеся слабостью последних, так называемая вторичная слабость схваток (2,47%)	Схватки без выраженной тенденции к нарастанию. Раскрытие зева, достигнув 2—3 пальцев, далее не прогрессирует. Поступательного движения плода нет. Боль на высоте схватки	
Гипотонус	Истинная инертность матки, так называемая первичная слабость схваток	с очень медленным нарастанием интенсивности схваток (1,84%)	Схватки сначала нерегулярные — длительный латентный (подготовительный) период, затем схватки переходят в регулярные, но малоинтенсивные (редкие, слабые, короткие). Предлежащая часть мало или вовсе не продвигается. Схватки мало болезненны. Раскрытие зева не происходит или прогрессирует крайне медленно
		без выраженной тенденции к нарастанию интенсивности схваток (4,78%) в течение всего периода родов	Схватки с самого начала регулярные, но редкие, слабые по силе, кратковременные (20—25 секунд), мало болезненные. Раскрытие зева происходит медленно. Предлежащая часть долго остается над входом

Диагностику слабости родовой деятельности нужно вести с учетом течения предыдущих беременностей и родов, а также настоящей беременности. Важно обратить особое внимание на данные общего и акушерского исследования женщины.

Следует помнить также, что наиболее часто слабость родовой деятельности имеет место при половом инфантилизме у юных и старых первородящих женщин, а также длительно болевших воспалительными заболеваниями матки и придатков, при опухлях матки и придатков, рубцовых изменениях шейки матки и мягких тканей родового канала, при неполноценности брюшного пресса. Необходимо также обратить внимание на женщин с гигантскими и крупными плодами, с подозрением на двойни, многоводие, перенесших общие хронические и острые инфекционные заболевания, на страдающих ожирением, заболеваниями дыхательной, сердечно-сосудистой и нервной системы.

Подлежат тщательному наблюдению также роженицы с ток-сикозом II половины беременности, ягодичным предлежанием, а также с суженным тазом.

С начала родов следует обращать внимание на характер родовой деятельности, динамику нарастания силы, периодичность и продолжительность схваток, структурные изменения шейки матки, т. е. процессы сглаживания ее и раскрытия, а также состояние плодного пузыря. В большинстве случаев слабость родовой деятельности сочетается с преждевременным или ранним отхождением околоплодных вод.

В динамике родов необходимо поддерживать у роженицы уверенность в благополучном исходе родов, следить за тем, чтобы были устранены такие неблагоприятные психогенные факторы, как страх и боль, применением обезболивающих и спазмолитических средств, устранять родовые боли. Важно обеспечить питание и отдых роженицам.

Помимо гистерографии объективным критерием для оценки динамики родовой деятельности являются, как известно, данные внутреннего исследования. Принято считать, что если у первородящей женщины при регулярных схватках в течение 12 часов не наступит сглаживания шейки матки и раскрытия зева до 3 пальцев, можно думать о слабости родовых сил; у рожавших повторно об этом можно думать гораздо раньше — спустя 6—8 часов.

Аномалии сократительной деятельности матки выявляют также и методом наружной гистерографии, для чего применяют весьма простой гистерограф Лорана, а также прибор, сконструированный в Институте акушерства и гинекологии АМН СССР.

С помощью гистерографии можно рано установить наличие слабости родовой деятельности и принять меры профилактики и лечения.

С помощью токографического исследования по Г. Н. Степановой можно установить 4 типа сократительной деятельности матки, а именно:

первый тип — регулярные схватки каждые 2—4 мин., продолжительностью 60—80 сек.; сила схватки на токограмме равна в среднем 3—5 мм;

второй тип — регулярные схватки той же частоты, однако непродолжительные и слабые (по 20—30 сек., при силе в 1—2 мм);

третий тип — регулярные схватки каждые 6—8—10 мин. достаточной продолжительности (60—сек., сила 2—4 мм);

четвертый тип — нерегулярные схватки, различные по силе, частоте и продолжительности (так называемые «хаотические схватки»).

Лечение слабости родовых сил. Нарушения родовой деятельности впервые систематизированы Т. Wigand в 1912 г. С этого времени много внимания уделяется профилактике и лечению этого

осложнения родов (физиопсихопрофилактика, витаминизация, питание беременных, обезболивание и отдых в родах).

Не менее важно рациональное применение лекарственных веществ для возбуждения и усиления родовой деятельности.

Практика показывает, что при слабости родových сил требуется комплексное применение лекарственных веществ, причем избираемых индивидуально для каждой роженицы, с учетом определенных показаний и условий.

До медикаментозного возбуждения родовой деятельности роженица должна отдохнуть, если долго не спала, ее переводят в отдельную палату, при этом внутримышечно вводят 1 мл 1% раствора промедола; при нормальном или повышенном артериальном давлении можно внутримышечно ввести 0,5 мл 2,5% раствора аминазина. Через 2—3 часа полноценного сна во многих случаях роженица вновь обретает силы и родовая деятельность восстанавливается.

Роженица не должна голодать, ей необходимо обеспечить высококалорийное питание, полезно давать мясной крепкий бульон, творог, сладкий чай с лимоном или кофе, лимонный сок с сахаром, тертые яблоки, апельсины, виноград.

Перед применением лечебного комплекса для усиления родových сил необходимо опорожнить мочевой пузырь и кишечник, после чего роженица принимает общий теплый душ, а затем применяют стимулирующие родовую деятельность средства.

К р и т е р и и, о б у с л о в л и в а ю щ и е п р и м е н е н и е м е т о д о в р о д о с т и м у л я ц и и (у с и л е н и е и в ы з ы в а н и е р о д о в о й д е я т е л ь н о с т и). Ведущим роды врачам и акушеркам часто приходится решать трудную задачу — когда и при каких условиях следует начинать применение тех или иных средств для стимуляции родových сил, а также и для возбуждения родовой деятельности в случаях перенашивания беременности, тяжелого токсикоза, не поддающегося консервативным методам лечения, резус-конфликта, тяжелого общего состояния беременной и т. д.

При назначении медикаментозных средств следует учитывать состояние плодного пузыря.

При целости плодного пузыря и ослаблении родových схваток, которые были ранее интенсивными по силе, продолжительными и регулярными, для выяснения акушерской ситуации производят внутреннее исследование. При отсутствии структурных изменений шейки матки — сглаживания и раскрытия зева — стимуляции не проводят. Роженице предоставляют отдых, чаще всего назначая внутримышечно (в зависимости от артериального давления) 0,5—0,25 мл 2,5% раствора аминазина с 1 мл 1% раствора промедола. Роженицу переводят в предродовую (тихую) комнату, продолжают наблюдать как за ее состоянием, так и за состоянием плода. В тех случаях, когда хорошая родовая деятельность установилась сразу и про-

текала регулярно, а затем постепенно ослабевала и на протяжении 3—4 часов не восстановилась, проводят следующие мероприятия:

1. Если роженица не устала, производят влагалищное исследование и при наличии уже сглаженной или укороченной шейки матки назначают стимуляцию. Создают эстрогеноглюкозокальциевый фон, а затем применяют хинин с питуитрином дробными дозами. Каждые полчаса дают внутрь 0,15 г хинина в чередовании с внутримышечным введением дробных доз (0,2 мл × 6 раз) питуитрина; кроме того, роженице непрерывно дают увлажненный кислород. При наличии токсикоза II половины беременности, а также гипертонии вместо питуитрина «Р» следует назначить в тех же дозах окситоцин или питуитрин «М» (отечественный препарат, лишенный вазопрессина).

2. Если роженица несколько устала, а при внутреннем исследовании установлена возможность завершения родов в ближайшие 2—3 часа, начинают стимуляцию, при этом плодный пузырь вскрывают, внутривенно вводят 40 мл 40% раствора глюкозы, 5 мл 5% раствора витамина С и 1 мл 5% раствора витамина В₁, другим шприцем — 10 мл 10% раствора хлористого кальция; внутримышечно (в верхне-наружный квадрат ягодичцы) вводят 20 000 ед. эстрадиолдипропионата, смешанного (в стерильном сухом шприце) с 1 мл свежего серноокислого наркозного эфира. Роженице дают стакан крепкого сладкого чая или кофе.

3. Если роженица устала, родовая деятельность слабая, малоэффективная и при влагалищном исследовании устанавливают только начальный период сглаживания и раскрытия шейки матки, роженице предоставляют полноценный отдых, а затем проводят стимуляцию родовой деятельности по одной из принятых методик. В случае спазма шейки матки производят обкалывание ее 0,5% раствором новокаина (по 20 мл раствора новокаина в переднюю, заднюю губы шейки матки, а также в боковые ее отделы — слева и справа), а при установившейся хорошей родовой деятельности и при раскрытии шейки матки на 2,5 пальца производят внутримышечное введение 1 мл 1% изопромедола.

В тех случаях, когда при сочетании слабости родовых сил с преждевременным или ранним отхождением околоплодных вод схватки прекратились, если воды отошли на фоне ослабшей родовой деятельности, следует произвести внутреннее исследование и, в зависимости от полученных данных, принять соответствующее решение, причем здесь возможны следующие варианты:

1. Если роженица устала и при влагалищном исследовании нет заметных структурных изменений шейки (сглаживание и раскрытие), ей необходимо предоставить отдых, затем покормить, после чего назначить комплекс средств для усиления родовой деятельности и профилактики внутриутробной асфиксии плода.

2. Если роженица устала, а есть надежда (по данным внутрен-

него исследования: головка находится большим сегментом в полости таза, раскрытие шейки матки полное или почти полное), что роды завершатся в ближайшие 3—4 часа, назначают немедленно средства для усиления родовой деятельности, причем в этих случаях чрезвычайно эффективным бывает внутривенное введение (двукратное, через полчаса) 40% раствора глюкозы 30—40 мл и 10 мл 10% раствора хлористого кальция (или глюконата) с аскорбиновой кислотой (5 мл 5% раствора) и витамином В₁ (1 мл 5% раствора) с последующим введением дробных доз хинина и внутримышечно питуитрина.

3. Если роженица не устала, а при вагинальном исследовании выясняется, что шейка матки только укорочена и зев раскрыт на 1—1,5 пальца, следует накормить роженицу и применить медикаментозные средства. В подобных случаях, при отсутствии противопоказаний, внутримышечно в заднюю губу шейки вводят 20 000 ед. эстрадиол-дипропионата с 0,5 мл эфира, затем через 30—60 минут внутривенно — 30—40 мл 40% глюкозы, 10% раствор хлористого кальция 10 мл + витамин С 5 мл и В₁ 1 мл 5% раствора, а затем начинают подкожно капельное введение рабочей родостимулирующей смеси № 1, состоящей из питуитрина (1 мл 3 биол. ед.) и 300 мл 0,5% раствора глюкозы, а также 1 мл 10% раствора кордиозола (по А. П. Николаеву). Подкожное введение указанной смеси начинают с 4—5 капель в 1 минуту (определение биологической чувствительности роженицы к препарату), а затем постепенно увеличивают число капель до 40—45 в 1 минуту. Во время введения смеси роженица получает кислород через наркозный аппарат или через специальную кислородную установку.

Если воды отошли, а родовой деятельности нет, рекомендуется такой образ действий:

1. При головном предлежании вести наблюдение за женщиной не менее 6 часов, после чего создать эстрогенноглюкозокальциевый фон и внутривенно капельно ввести смесь № 2, состоящую из 1 мл питуитрина (3 биол. ед.) или окситоцина 1 мл — 10 ед. или питуитрина «М» 1 мл — 3 биол. ед. Последние два препарата вводят роженицам с гипертонией и токсикозами II половины беременности. Их растворяют в 500 мл 5% глюкозы, а также добавляют 10 мл 10% раствора глюконата или хлористого кальция, 5 мл 5% аскорбиновой кислоты, 1 мл 5% раствора витамина В₁, 1 мл 10% раствора кордиозола. При гипертонии и токсикозах хлористый кальций не применяют. Введение смеси № 2 начинают также с 5—6 капель в 1 минуту, с постепенным увеличением до 40—45. При появлении реакции — жалоб на сердцебиение, затрудненное дыхание, чувство страха — введение смеси немедленно прекращают. После отдыха в течение 2—3 часов можно применить другие вещества: подкожно капельно смесь № 1.

2. У старых первородящих, у беременных с токсикозами II половины беременности (водянкой и нефропатией), а также рожениц

с годичным предлежанием при отсутствии схваток и отошедших водах возбуждение родов начинать не позднее чем через 2—3 часа после отхождения вод, причем, как обычно, при создании эстрогенно-глюкозокальциевого фона, а затем ввести одну из указанных смесей — вначале внутривенно капельно, а во втором периоде родов — подкожно капельно (Е. К. Медовщикова). При стойкой слабости родовых сил и затянувшихся родах необходимо систематически давать кислород, обеспечить полноценным питанием.

Схемы возбуждения и усиления родовой деятельности.

В настоящее время для стимуляции родовых схваток применяют механические, физиотерапевтические и медикаментозные средства, к последним относятся и гормоны. Во многих случаях их сочетают.

Механизм воздействия компонентов, применяемых в отдельных схемах или в их сочетаниях с целью возбуждения или усиления родовой деятельности, сводится к нормализации кортико-висцеральных, гейрсгуморальных и биоэнергетических процессов, происходящих как в организме беременной, так и непосредственно в матке.

Во многих часто применяемых схемах большое значение придают небольшим дозам эстрогенных гормонов (20 000—30 000 ед.), оказывающих тонотропное (главным образом) действие на матку; под их влиянием происходит стабилизация или усиливается синтез ацетилхолина, в то же время образование холинэстеразы уменьшается.

При введении гормонов (20 000 ед. + 0,5 мл эфира) непосредственно в шейку матки они активизируют рецепторный аппарат шейки матки, при этом чувствительность его повышается, что сопровождается нормализацией моторной функции матки.

Введение эстрогенных гормонов при слабости родовой деятельности, а также с целью ее возбуждения способствует нормализации нейрогуморальных и, в частности, гормональных факторов регуляции родовой деятельности. Под их влиянием вдвое увеличивается накопление активных фракций эстрогенных гормонов и концентрация питоцина в крови, резко сниженных при слабости родовой деятельности (Л. В. Тимошенко).

Наблюдения показывают, что под влиянием введения эстрадиол-дипропионата с эфиром меняется фонокардиограмма внутриутробного плода, частота сердцебиения нормализуется, увеличивается амплитуда тонов, становятся равномерными длительность и сила их звучания, исчезают шумы. Указанное обстоятельство, подтвержденное и данными В. П. Мехедко и Бенюмова, свидетельствует об улучшении газообмена и маточно-плацентарного кровообращения, что необходимо при таких осложнениях в родах, как слабость родовой деятельности, перенашивание беременности, резус-конфликт, токсикозы II половины беременности и т. д., где угроза внутриутробной асфиксии плода особенно велика.

Введение эстрогенных гормонов обеспечивает нормализацию

физиологического течения нервно-химических процессов в нейрогуморальном звене рефлекторной дуги (А. П. Николаев), в результате чего наступает усиление сократительной способности матки; кроме того, они (эстрогены) способствуют активации и стабилизации «собственного» скрытого питоцина и падению активности или содержания питоциназы (И. Я. Беккерман), результатом чего является повышение тонуса мышцы матки и усиление схваток.

Таким образом, эстрогенные гормоны и препараты эстрогенного действия повышают спонтанную возбудимость нервно-мышечного аппарата матки, сенсibiliзируют ее к препаратам окситоического действия, обуславливают накопление веществ, обеспечивающих высокий уровень энергетических процессов, и значительно повышают активность ферментов, участвующих в обеспечении этих процессов (Н. С. Бакшеев, В. В. Андрашко, И. Я. Геревич, Е. Т. Михайленко, А. П. Яковенко).

Исследованиями Чапо, А. Д. Брауна и других авторов, а также новейшими исследованиями Н. С. Бакшеева и Е. Т. Михайленко доказано, что введение эстрогенных гормонов способствует накоплению в мышце матки гликогена, креатинфосфата, АТФ, общего кислотнорастворимого и белкового фосфата, актомиозина, увеличивает АТФ-активность актомиозина и повышает чувствительность АТФ-актомиозина к хлористому кальцию.

Изучая характеристику белкового состава мышцы матки женщин при некоторых состояниях организма, В. В. Андрашко (1965) доказал, в частности, что эстрадиол-дипропионат, который мы с 1956 г. рекомендуем для создания эстрогенноглюкозокальциевого фона в процессе регуляции родовой деятельности, обладает выраженным стимулирующим влиянием на процессы синтеза актомиозина и саркоплазматических белков миометрия и что применение эстрогенных гормонов с целью воздействия на сократительный аппарат матки является эффективным патогенетическим методом в комплексе профилактики и терапии слабости родовой деятельности.

Методики лечения слабости родовой деятельности. Методика Штейна — Курдиновского. Роженице дают внутрь 50 г касторового масла. После действия кишечника, что отмечается обычно через час, дают 0,2 г солянокислого хинина. Через 30 минут после приема хинина внутримышечно вводят питуитрин, по 0,2 мл каждые 30 минут. Всего вводят обычно 6 раз хинин (1,2 г) и 6 раз питуитрин (1,2 мл).

Методика В. Н. Хмелевского. При явлениях слабости родовой деятельности внутривенно вводят:

а) раствор 40% глюкозы 40 мл с 5% раствором аскорбиновой кислоты 5—6 мл;

б) 10% раствор хлористого кальция 5—10 мл и одновременно внутримышечно — 20 мл витамина В₁.

Роженице периодически дают кислород. В процессе родов это можно повторить 2—3 раза.

Методика И. Ф. Жордана. По установлении диагноза роженице вводят подкожно фолликулин или синестрол (40—50 тыс. ед.); через 2 часа, если раскрытие шейки матки достигло трех пальцев, вскрывают плодный пузырь (если гузырь отсутствует, эстрогены не вводят). После этого роженице дают 60 г касторового масла, а спустя 30 минут, через каждые полчаса, хинин по 0,25 г (всего 6 раз). Через 15 минут после четвертого приема хинина каждые 15 минут подкожно — питуитрин, всего 4 раза по 0,25 мл. После хинина и питуитрина ставят клизму (температура 30—40° С) из физиологического раствора. Это можно дополнить внутривенным введением 40 мл 40% раствора глюкозы, 10 мл 10% раствора хлористого кальция и 60 мл витамина В₁ (Р. Л. Шуб).

Методика А. П. Николаева. Для лечения слабости родовой деятельности роженице дают 60 г касторового масла, затем, через 2 часа, ставят очистительную клизму; за 1 час до очистительной клизмы начинают давать роженице хинин внутрь по 0,2 г каждые 20 минут, всего 5 раз. После действия кишечника между двумя последними приемами хинина роженице внутривенно вводят 50 мл 40% раствора глюкозы и 10 мл 10% раствора глюконата кальция (или хлористого кальция). После приема последнего порошка хинина роженице внутримышечно вводят 100 мг витамина В₁ и в случае необходимости через 6 часов еще 60 мг (Р. Л. Шуб).

При тазовых предлежаниях весьма часто возникает слабость родовой деятельности, причем она держится упорно. С. И. Трегуб и Н. П. Генина предложили комплексную методику борьбы со слабостью родовой деятельности и ведения родов при тазовом предлежании.

Сущность этой методики заключается в следующем: после наружного и внутреннего исследования роженице назначают внутрь 60 мл касторового масла и внутривенно вводят 10 мл 10% раствора хлористого кальция, 20 мл 40% раствора глюкозы вместе с витаминами С и В₁ (витамина С — 2 мл 5% раствора, витамина В₁ — 1 мл 5% раствора). Через 2 часа после приема касторового масла назначают очистительную клизму. В течение первого периода родов каждые 4—5 часов проводят профилактику внутриутробной асфиксии плода по А. П. Николаеву. В конце первого периода родов подкожно вводят спазмолитические средства — 1 мл 1% раствора изоверина или 1 мл 1% раствора изопромедола. Во втором периоде родов, с началом потуг, вводят подкожно капельно питуитрин, окситоцин или питуитрин «М», при наличии повышенного артериального давления. Питуитрин 1 мл — 3 биол. ед., окситоцин 2 мл — 10 ед. растворяют в 250—500 мл 5% раствора глюкозы и медленно капельно вводят под кожу. Перед введением окситоцических средств производят пудендальную анестезию (60—80 мл 0,25% раствора новокаина).

Эти схемы стимуляции родовых схваток при несоответствии между тазом матери и головкой плода применять нельзя.

Методика Л. В. Тимошенко лечения слабости родовой деятельности, а также возбуждения ее при преждевременном отхождении вод и отсутствии родовой деятельности.

После обнажения влагалищной части шейки матки заднюю губу захватывают окончатый абортцангом.

В заднюю губу шейки матки вводят 2 мл эстрадиол-дипропионата или 2 мл 0,1% синестрола в дозе 20000 МЕ вместе с 0,5 мл сернокислого наркозного эфира. Эстрогенные вещества набирают в сухой (негорячий) шприц (обычно 5-граммовый), куда затем добавляют 0,5 мл эфира. Легким покачиванием шприца его содержимое превращают в прозрачную смесь, после чего вводят ее в толщу шейки матки.

Через полчаса после введения эстрогенов в шейку матки внутривенно вводят 20 мл 40% глюкозы, 10 мл 10% хлористого кальция, 10 мл 5% или 5 мл 10% аскорбиновой кислоты.

Еще через час введение указанной смеси повторяют, чем заканчивают создание так называемого эстрогенноглюкозокальциевого фона.

При необходимости через час после повторного введения указанной смеси подкожно вводят питуитрин (или — при явлениях токсикоза — окситоцин) по 0,2 мл до 5 раз (в 1 мл 3 биол. ед.), дают хинин внутрь по 0,15 г (до 6 раз). Введение питуитрина (окситоцина) и хинина чередуют каждые полчаса до получения желаемого эффекта.

Одновременно организм женщины насыщают кислородом: через каждые 30 минут дают вдыхать кислород в течение 5 минут.

Подобная схема стимуляции при отсутствии эффекта может быть повторена через 4—5 часов.

При наступлении активных схваток для ускорения раскрытия шейки матки (особенно при спазме ее зева) следует назначать спазмолитические средства (апрофен 1 мл 1% раствора в толщу шейки или подкожно, изопромедол 1 мл 2% раствора).

В случае если родовая деятельность развилась и на протяжении 4—6 часов активных схваток раскрытие шейки не увеличивается, что имеет место при ригидности шейки, следует произвести боковые насечки шейки (при раскрытии шейки на 3—3,5 пальца), иначе родовая деятельность затягивается, а в некоторых случаях развивается вторичная ее слабость.

Применение медикаментозной стимуляции по приведенной схеме показано в случае первичной слабости родовой деятельности, при первичной и вторичной слабости родовой деятельности, после преждевременного отхождения вод при отсутствии схваток, при слабости родовой деятельности у рожениц с токсикозом беременности. При наличии высокого кровяного давления питуитрин заменяют окситоцином или питуитрином «М» в тех же дозах.

Противопоказаниями к стимуляции родовых сил являются: клиническое несоответствие между головкой плода и тазом, пред-

лежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, наличие рубцов на матке после перенесенной операции кесарева сечения, заболевание сердечно-сосудистой системы, туберкулез легких, заболевания печени, тяжелое поражение почек.

Подкожно-капельное и внутривенное введение питуитрина или окситоцина для усиления и возбуждения родовой деятельности нужно проводить только в присутствии врача.

Кроме приведенных методов и средств лечения слабости родовой деятельности применяют пахикарпин в виде внутримышечных инъекций по 3 мл 3% раствора. Его показано применять как в первом, так и во втором периодах родов, причем препарат можно вводить повторно через 3 часа, а при упорной слабости родовой деятельности можно вводить по 5 мл раствора пахикарпина. Непосредственное действие препарата проявляется в среднем через 20 минут. Для лечения слабости родовой деятельности можно также применять прозерин внутрь в порошках по 3 мг каждые 45—60 минут, до 8 порошков — до появления схваток. Иногда проявляется побочное действие препарата — слюнотечение, боли в желудке, потоотделение, жидкий стул, что можно снять введением 1 мл 0,1% раствора атропина; при вторичной слабости родовой деятельности хорошее действие оказывает фенамин (А. Г. Пап). Через 20 минут после приема 20 мг препарата утомление роженицы проходит, а вместе с тем усиливаются и удлиняются схватки и потуги.

Хорошие отзывы имеются о таликтримине. Это белый кристаллический порошок, хорошо растворимый в воде, он в 3 раза менее токсичен, чем пахикарпин, вместе с тем обладает способностью повышать тонус и усиливать сократительную функцию матки. Вводят при слабости родовой деятельности внутримышечно по 2 мл 2% раствора с интервалами через час (трижды). Наиболее эффективное действие препарата проявляется на эстрогенноглюкозокальциевом фоне, а также при его сочетанном применении с подкожно капельным введением окситоцина на 5% глюкозе (Н. С. Бакшеев и соавторы).

В процессе лечения слабости родовой деятельности, а также возбуждения родовых схваток целесообразно применять спазмолитические средства: 5% раствор лидола, 2 мл 1% раствора или 1 мл 2% раствора промедола одновременно с внутримышечным введением 1 мл 10% раствора кордиазола, так как промедол, как и морфин, несколько угнетает дыхательный центр ребенка; изопромедол вводят в тех же дозах, что и промедол. Лучший эффект отмечен при внутримышечном введении препарата. Спазмолитические средства следует применять после сглаживания шейки матки и раскрытия зева не менее чем на 2,5 пальца. Более раннее применение может вызвать прекращение схваток. При спазме или ригидности шейки матки можно ввести в шейку раствор новокаина (0,25%—60—80 мл) с лидазой (32—64 ед.).

С целью обезболивания и ускорения родов рекомендуется также применение некоторых нейроплегических анальгезирующих и ганглиоблокирующих средств (В. В. Абрамченко, Н. В. Архангельская с соавторами и др.): пипольфен по 50 мг внутрь и промедол 2% 1 мл подкожно; эзукос (диксиразин) по 30 мг внутрь, промедол 2%—1 мл подкожно и ганглерон 1,5% раствор—1 мл внутримышечно; динезин по 0,1 г внутрь, промедол 2%—1 мл подкожно и кватерон 30 мг внутрь; трихлорэтилен (трилен) 0,5 об. % масочным способом.

Механические способы стимуляции родовой деятельности получили широкое распространение, к ним относятся кожно-головные щипцы, вакуум-экстракция и метрейриз. Показания и методика применения указанных пособий известны. Остается спорным вопрос, насколько они эффективны: кожно-головные щипцы, вакуум-стимулятор (металлическая чашечка) часто травмируют ткани (некрозы) головки плода, в связи с чем нами они применяются очень редко.

Кольпейриз применяют как для усиления, так и для возбуждения родовой деятельности при целом плодном пузыре и после отхождения вод. Он показан в случае упорной слабости родовой деятельности, не поддающейся медикаментозному лечению, при поздних абортах по медицинским показаниям (недостаточность сердечно-сосудистой системы, заболевания почек, центральной нервной системы и т. д.).

Для стимуляции родовой деятельности можно одновременно применять медикаментозные средства и кольпейриз.

Чрезмерно сильные схватки (Hyperdinamia uteri). Чрезмерно сильными схватками принято считать такие, при которых сила и периодичность их не находят в соответствии с сопротивлением родовых путей. При таких схватках родовой акт протекает сравнительно недолго (от 1 до 3 часов). Подобные роды расценивают как стремительные (Partus praecipitatus), отмечены они чаще у повторнородящих женщин. Гипердинамия может быть в периоде раскрытия, а также изгнания, однако чаще она бывает во втором периоде родов.

Такие схватки наступают вследствие повышенной продукции веществ, возбуждающих родовую деятельность (питоцин, ацетилхолин, адреналин, эстрогенные гормоны и т. д.). Гипердинамия матки часто бывает у женщин при истерии, неврастении, а также у беременных с повышенной возбудимостью матки. Стремительные роды являются, видимо, следствием перевозбуждения центров подкорки и усиленной продукции организмом веществ тономоторного действия (питоцин, ацетилхолин и т. д.).

Клиническая картина при стремительных родах характеризуется внезапным, бурным началом родовой деятельности, при этом схватки, нарастая по силе и продолжительности, следуют одна за другой (каждые 40—50 сек.). Происходит быстрое сглаживание и

раскрытие шейки матки, в некоторых же случаях шейка разрывается. Схватки переходят в бурные потуги, и роды заканчиваются в несколько потуг. Околоплодные воды часто отходят с началом чрезмерно сильных схваток, а если они не отходят, младенец рождается «в рубашке», т. е. вместе с оболочками. Иногда, если зев шейки не успевает раскрыться, наступает отрыв передней губы или передней и задней. Сразу же за ребенком, за 1—2 потуги рождается и плацента. Матка хорошо сокращается и последовый период проходит без осложнений. Иногда тонус матки понижается, тогда наступает гипотония или атония с тяжелыми и опасными последствиями для родильницы. Подобные стремительные роды могут возникнуть в весьма неблагоприятных условиях и часто проходят вне родильных учреждений.

Наиболее частыми осложнениями как для матери, так и для плода при чрезмерно сильных схватках бывают травмы родовых путей (разрывы шейки матки, влагалища, пещеристых тел клитора, промежности, прямой кишки) и, как следствие их, кровотечение, а также в некоторых случаях выворот матки. В процессе таких родов может наступить отслойка плаценты и рождение ее вместе с плодом.

При бурной родовой деятельности нарушается маточно-плацентарное кровообращение и газообмен, что способствует возникновению асфиксии плода. Кроме того, поскольку продвижение головки плода через неподготовленные родовые пути идет чрезвычайно стремительно и конфигурация ее не наступает, вследствие сильного и быстрого сдавления возникают внутричерепные травмы в виде кровоизлияний в мозг, разрыва мозжечкового намета и т. д.

Все это резко повышает мертворождаемость, раннюю детскую смертность, а у выживших детей отмечаются различного рода тяжелые осложнения в виде парезов, параличей и других нарушений центральной и периферической нервной системы. При внезапно возникших родах плод может быстро изгоняться, в родах не оказывается помощь, вследствие чего ребенок может получить травму либо отрыв плаценты может сопровождаться сильным кровотечением. С наступлением родовых схваток беременную следует немедленно уложить в постель на бок, противоположной позиции плода, дать эфирный наркоз, закись азота или трихлорэтилен. При отсутствии возможности дачи наркоза можно ввести 1 мл 2% раствора пантопона с 0,25 мл 2,5% аминазина (при гипотонии аминазин не давать) и проводить роды на боку при постоянной даче роженице кислорода. После родов необходимо тщательно осмотреть родовые пути (вплоть до ручного обследования полости матки), тщательно восстановить целостность (при наличии разрывов) шейки матки, влагалища, промежности. Если женщина доставлена в стационар уже с родившимся на улице или в других условиях ребенком, необходимо тщательно осмотреть родовые пути родильницы, а новорожденному ввести противостолбнячную сыворотку и в дальнейшем как ре-

бенку, так и матери создать все обычные необходимые условия для ведения послеродового периода.

Судорожными, или спазматическими, схватками (*Tetanus uteri, doleres spastici*) называют такие, которые протекают почти без пауз. Они, как правило, резко болезненны, причем болезненность не исчезает даже в периоде кратковременных пауз; при ощупывании матки она бывает каменной плотности. Судорожные схватки наблюдаются в 0,3—0,4% общего числа родов, причем с возрастом рожениц частота судорожных схваток возрастает. Отмечено, что у первородящих такие схватки встречаются в два раза чаще, чем у рожаящих повторно.

Среди причин, обуславливающих возникновение судорожных схваток, значительное место отводится грубым исследованиям в родах или нерациональным оперативным пособиям, возникновению механических препятствий в процессе родового акта, а именно: разгибательному вставлению головки, анатомически и клинически узкому тазу, начинающемуся разрыву матки и т. д. Судорожные схватки могут иметь место при двойнях, поперечном положении плода и т. д. Они могут быть в первом периоде родов с рефлекторным спазмом зева при ригидности шейки матки.

Судорожные и тетанические сокращения матки зависят от перераздражения центров подкорковых образований и спинного мозга, при усиленном выделении ацетилхолина. Принято различать два вида судорожных схваток: общая и местная (частичная) судорога матки. При общей судороге матки сокращения следуют так быстро одно за другим, что паузы между ними не определяются. При местной судороге отмечается спастическое сокращение наружного (*trismus uteri*) или внутреннего зева.

В клинической практике местные судороги матки встречаются чаще общих, причем спастические состояния внутреннего зева бывают чаще, чем наружного. Общие судороги матки сопровождаются общим беспокойством роженицы, непроходящими болями и давлением на низ. Роженица жалуется на распирающие боли в животе, дополняемые иногда тенезмами мочевого пузыря и прямой кишки. При пальпации тонус матки резко повышен, матка болезненна и напряжена. Сердцебиение плода обычно почти не прослушивается, а в результате резкого нарушения маточно-плацентарного кровообращения и газообмена нередко наступает внутриутробная гибель плода. К таким последствиям могут привести и местные судороги наружного или внутреннего зева матки. Роды приостанавливаются, температура повышается, пульс учащается, могут развиваться эндометрит и сепсис.

Спастическое состояние наружного зева бывает чаще всего в первом периоде родов, у первородящих. При этом, несмотря на сокращения матки, раскрытие зева не наступает, роженица жалуется на резкие боли в крестце и над лоном, отмечаются тенезмы прямой кишки и мочевого пузыря. При пальцевом исследовании об-

ласть наружного зева слегка приоткрыта, края отечны, плотны, напряжены, не поддаются пальцевому растяжению.

При спазме внутреннего зева и недостаточном открытии его грубое извлечение плода за тазовый конец ведет к глубоким разрывам. Судорожно сокращенная область внутреннего зева плотно охватывает шейку плода и мешает извлечению головки. Согласно наблюдениям А. И. Петченко, судорожные схватки — один из наиболее частых симптомов начинающегося разрыва матки, причем появление таких схваток совпадает по времени с моментом надрыва маточной мускулатуры (Я. Ф. Вербов). Начавшийся же надрыв в дальнейшем, как раздражитель, вызывает проявление таких схваток. В случаях ранее перенесенного эндометрита или эндоцервицита также бывают судорожные схватки, при которых отмечаются сильные спастические сокращения шейки и очень слабые тела матки. В подобных случаях в родах отмечено плотное (в области внутреннего зева) прикрепление оболочек, а также ранний их разрыв и отхождение околоплодных вод.

Болезненные и спазматические схватки осложняются, как отмечает Н. З. Иванов, течение родов значительно больше, чем такие состояния, как, например, узкий таз; опасность для матери и плода при подобном рода осложнениях чрезвычайно велика.

Профилактика судорожных сокращений матки должна включать: проведение комплекса психофизиопрофилактической подготовки к родам, соблюдение лечебно-охранительного режима, бережного и безболезненного ведения родов, применения медикаментозных средств и лечебных мероприятий, необходимых для быстрого устранения судорожных сокращений матки.

Лечение. При общей судороге матки показаны наркоз (эфирный, закись азота), введение наркотических веществ: внутримышечно 1 мл 1% морфия, 1 мл 2% пантопона, 1 мл 0,1% раствора атропина подкожно. При судороге наружного зева назначают те же средства, а иногда производят рассечение зева. Хороший эффект дает обкалывание шейки матки 0,5% раствором новокаина (50—60 мл) и введение в ее толщу спазмолитических веществ (1 мл 1% изопромедола). При судороге внутреннего зева обычно назначают эфирный наркоз, чем устраняются все факторы, могущие обусловить возникновение таких состояний.

Дискоординированная родовая деятельность. Как известно, в физиологических условиях течения родовой деятельности сокращения матки, начинаясь в области маточных труб, одновременно и равномерно координированно распространяются вниз, к нижнему сегменту матки, захватывая обе половины ее. В этом отношении наблюдения С. Х. Хакимовой показали, что нормальные роды осуществляются на фоне усиления рефлекторных реакций тела матки с одновременным резким торможением рефлекторной деятельности шейки, что является, по мнению автора, следствием угнетения возбудимости афферентного

нейрона. Нарушение механизма реципрокных (сопряженных) отношений между телом и шейкой матки обуславливает патологическое течение родов, а именно: начавшаяся родовая деятельность либо прекращается, либо развивается упорная слабость ее, дополненная спазмом шейки матки.

Несимметричные и некоординированные сокращения матки бывают чаще всего, как указывает Л. С. Персианинов¹, при: а) неравномерном развитии мускулатуры матки и ее иннервации (дву-рогая матка) и б) при ограниченном поражении отдельных участков матки в результате воспалительных, дегенеративных процессов и процессов новообразования (фибромиомы матки). При этом снижается способность нервно-мышечного аппарата матки воспринимать раздражения, идущие из центральной нервной системы, вследствие чего патологически измененные участки маточной мускулатуры не отвечают нормальным сокращениям на получаемые импульсы. Согласно наблюдениям Л. С. Персианинова, при такого рода состоянии схватки у рожениц бывают некоординированными, болезненными, нерегулярными. Такие сегментарные сокращения могут иметь место на одной стороне матки (по горизонтали) или распространяться на верхний или нижний отдел маточной мускулатуры. Такое состояние неравномерного тонуса и силы сокращений матки в отдельных ее частях приводит к нарушению сократительной способности матки в родах, причем в подобных случаях наблюдаются преждевременное или раннее отхождение околоплодных вод и замедленное сглаживание и раскрытие шейки матки, предлежащая же часть плода остается или подвижной над входом в малый таз или прижатой к выходу. Помимо того, что роды затягиваются, в послеродовом периоде такое неравномерное сокращение отдельных частей матки вызывает нарушение отслойки плаценты и задержку ее частей в полости матки, что вызывает, в свою очередь, значительную кровопотерю.

Профилактика аномалий родовой деятельности. На возможность появления аномалий родовой деятельности указывают, по мнению Л. С. Персианинова, следующие неблагоприятные данные, выявленные либо из анамнеза, либо в процессе объективного исследования роженицы: а) наличие следовых реакций после предшествующих родов, протекавших болезненно или сопровождавшихся различными осложнениями, чувством страха за исход родов; б) наличие общего или полового инфантилизма; в) перенесенные воспалительные заболевания половых органов; г) частые и осложненные аборт; д) слабость родовой деятельности при предшествовавших родах; е) аномалии развития половых органов; ж) многоводие и многоплодие; з) отвисший живот и чрезмерное расхождение прямых мышц живота, пожилой возраст первородящих и др.

Указанные неблагоприятные факторы могут быть дополнены

¹ Л. С. Персианинов. Акушерский семинар, т. II, Минск, 1960.

перечнем причин, обуславливающих вообще возникновение как первичной, так и вторичной слабости родовой деятельности, о которых говорилось выше.

В связи с изложенным следует признать целесообразным всех женщин с подобными осложнениями брать в женской консультации на особый учет и создавать условия для устранения этих осложнений.

В процессе беременности должны соблюдать общегигиенические правила, обеспечивать полноценное, витаминизированное питание, разумное чередование труда и отдыха, проведение психофизиоподготовки к родам — вот далеко не полный перечень средств и методов профилактики аномалий родовой деятельности.

Важное место среди средств профилактики аномалий родовой деятельности должны занять специальные физкультурные упражнения, профилактическая комплексная витаминизация, особенно со II половины беременности (Д. А. Ширман, Р. Л. Шуб, И. И. Грищенко, Л. В. Тимошенко).

Хорошее действие оказывает предшествующее применение гормонов. При перенашивании, инфантилизме, многоводии, тазовых предлежаниях и старым первобеременным за 5—6 дней до родов назначают ежедневно: внутримышечно по 1000 ед. эстрадиол-дипропионата, а также внутривенно 40 мл 40% раствора глюкозы, 5 мл 10% раствора глюконата кальция, 5 мл 5% раствора витамина С и 1 мл витамина В₁. Кроме того, дают кислород в специальной палатке.

Профилактика внутриутробной асфиксии плода. При аномалиях родовой деятельности плод обычно страдает, терпит асфиксию. Поэтому одновременно с применением средств регуляции родовой деятельности следует большое внимание уделять профилактике внутриутробной асфиксии плода и борьбе с асфиксией новорожденного.

При тазовых предлежаниях в дополнение к изложенному следует добавить 1 мл 10% раствора коразола и в начале потужной деятельности проводить анестезию 0,5% раствором новокаина — 70—80 мл. При осложненных затянувшихся родах введение смеси Хмелевского следует производить несколько раз (3—4), в зависимости от особенностей течения родов в каждом конкретном случае и состояния сердцебиения плода.

Метод А. П. Николаева — широко известная триада кислород—глюкоза—кордиазол

Роженице дают дышать увлажненным кислородом из обычной подушки, баллона или специальной установки по 10 минут через каждые 5 минут, до стойкого выравнивания сердцебиения плода.

Внутривенно вводят 50 мл 40% глюкозы, а также — 1 мл 10% раствора кордиазола (коразола). При отсутствии кордиазола — 2 мл 20% раствора камфорного масла с 1 мл подкожносернистого эфира. При слабости родовой деятельности А. П. Николаев рекомен-

дует вместо кордиазола первитин по 6 мг (2 таблетки по 3 мг) не более 2 раз (первитин противопоказан при гипертонии).

В последнее время А. П. Николаев видоизменил триаду введением внутримышечно 20 000 МЕ эстрадиол-дипропионата с 0,5 мл наркотического эфира. Наблюдения В. И. Лебедева показали, что новый вариант триады (кордиамин—глюкоза—эстрогены) дает наилучший терапевтический эффект.

Внутривенное введение сигетина. С целью борьбы с внутриутробной асфиксией плода применяют также сигетин, который обладает эстрогенными свойствами, он хорошо растворяется в воде. Препарат вводят внутривенно в виде 2% раствора в количестве 2 мл или в сочетании с глюкозой. При отсутствии эффекта препарат вводят повторно в той же дозе.

В заключение следует сказать, что в борьбе со слабостью родовых сил решающей является своевременная диагностика этого вида патологии, своевременная медикаментозная стимуляция, регуляция сна и отдыха, не меньшее значение имеет проведение мер профилактики внутриутробной асфиксии плода.

КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕДОВОМ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДАХ

Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах представляют важную главу акушерской патологии, эти осложнения встречаются в 6—10% случаев.

В последовом периоде всегда имеется некоторая кровопотеря, но она не должна превышать 250—300 *мл*. Такие кровопотери принято считать физиологическими, они не отражаются на состоянии рожениц и не требуют каких-либо вмешательств.

Многие роженицы сравнительно хорошо переносят и большие кровопотери в последовом периоде, поэтому, ссылаясь на особенности женского организма, некоторые акушеры кровопотери до 500 *мл* также относят к физиологическим (Г. Г. Гентер, К. К. Скробанский). Однако практика показывает, что подобные кровопотери правильнее относить к патологическим, так как при них часто нарушается гемодинамика и может развиться тяжелое состояние коллапса, что особенно легко наступает при кровопотерях у женщин с экстрагенитальными заболеваниями.

Кровопотери свыше 500 *мл* все рассматривают как осложнение родов, которых не должны допускать.

В последовом периоде продолжаются периодические сокращения матки, под влиянием которых плацента и часть отпадающей оболочки отделяются от матки и изгоняются наружу. При нормальном отделении последа кровопотеря не превышает физиологической.

Отделение плаценты начинается чаще всего с центра, где образуется ретроплацентарная гематома, при этом наружного кровотечения не отмечается. При таком отделении плаценты, ее остатки редко задерживаются в матке, и, следовательно, нечасто бывают маточные кровотечения.

Плацента может отделяться и с периферии, без образования ретроплацентарной гематомы. При этом вскоре появляются из влагалища кровянистые выделения, которые, в случае нарушения сократительной деятельности матки, могут стать обильными, нередко в матке задерживаются остатки плаценты, вследствие чего кровотечение усиливается (рис. 35).

По мере сокращения матки при нормальном течении послеродового периода из сосудов матки выжимается в кровяное русло роженицы до 300—500 мл крови, происходит своего рода физиологическая аутотрансфузия полноценной крови. В концевых венах матки образуются тромбы, и тем самым предупреждается большая кровопотеря (И. Ф. Жордана).

В остановке кровотечения имеет значение и закручивание тонкостенных перегородок, в которых проходят сосуды матки (М. С. Малиновский).

В последнее время расширилось представление о механизме остановки кровотечения в процессе отделения детского места, дополнены сведения о роли свертывающих и антисвертывающих компонентов крови. Все чаще появляются сообщения о тяжелых кровотечениях на почве гипо- и афибриногенемии, а также эмболиях околоплодными водами.

Следует иметь в виду, что нередко задержка частей плаценты сопровождается нарушением сократительной способности матки, что и приводит к большим кровопотерям, при которых наступает афибриногенемия. Следовательно, последняя может быть вторичного происхождения, за счет большой кровопотери.

Нарушение сократительной деятельности матки может начаться в первом или втором периодах родов и проявляться в послеродовом периоде, причем в основе этого могут быть разные причины. Установлено, что сократительная способность матки находится в зависимости от образования из двух белков, актина и миозина, третьего — актиномиозина, играющего большую роль в сокращении мышечной стенки матки, а также от наличия аденозинтрифосфорной кислоты (АТФ), при распаде которой выделяется энергия. Не менее важное значение имеет степень возбуждения и проведения нервных импульсов, а также образования медиаторного ацетилхолина.



Рис. 35. Отделение плаценты: а — центральное; б — боковое.

В нарушении сократительной деятельности матки большое значение придают гормональным сдвигам, в частности, нарушению соотношения между гонадотропинами и эстрогенными гормонами.

Очень часто обильные кровотечения бывают после оперативного родоразрешения (вакуум-экстракции, щипцов и поворота плода на ножку), что связано обычно с потерей тонуса матки при затянувшихся родах.

Известно, что перерастяжение матки при многоводии и многоплодии часто служит причиной кровотечений.

На поддержание тонуса матки влияют психические воздействия и состояние ретикулярной формации.

Маточные кровотечения часто бывают при неполном отделении плаценты и задержке ее частей в матке, а также при наличии опухолей матки.

Погрешности ведения последового периода, попытки ускорения отделения и выделения последа без показаний к тому служат одной из частых причин гипотонических кровотечений.

Известно, что кровотечения в родах часто бывают у женщин, имевших воспаление матки и придатков, а также после многократных аборт.

Маточные кровотечения распознаются без труда, однако количество теряемой крови точно учесть нелегко. Самое же главное, что нередко не оценивается состояние рожениц при кровопотерях, т. е. долго возлагается надежды на остановку кровотечения и поздно оказывается помощь.

Следует иметь в виду, что во время кровотечения могут нарушаться важнейшие функции организма: центральной нервной системы, эндокринной, кровообращения и дыхания.

На первом этапе кровопотери нарушенные функции многих органов носят компенсаторный характер, появляется одышка, тахикардия, и по мере повышения возбудимости центральной нервной системы наступает рефлекторный спазм сосудов; некоторое время удерживается артериальное давление, которое затем может катастрофически падать.

Состояние больных в значительной степени находится в зависимости от степени кровопотери. Кровопотери до 1,5% к общему весу тела больной находятся в пределах аккомодационной способности организма. Известно, что на кровопотери могут по-разному проявляться реакции. В одних случаях кровопотери в последовом периоде до 500 мл и даже до 1000 мл могут переноситься сравнительно легко, в других — сопровождаться тяжелым коллапсом.

Следует всегда учитывать, что компенсаторные способности организма небеспредельны, рано или поздно они иссякают, и тогда наступает резкое ухудшение состояния больных.

На состояние рожениц при кровопотерях оказывает влияние темп кровотечения, а также исходное состояние перед кровотечением. Чем сильнее темп кровопотери, тем раньше наступает тяжелое

состояние. При быстром темпе кровопотери и раннем нарушении компенсаторных механизмов исход во многом зависит от своевременной остановки кровотечения и возмещения кровопотери, а также проведения борьбы с ней.

Предложение К. Н. Жмакина различать три степени маточных кровотечений — компенсированные, некомпенсированные и геморрагический коллапс — имеет большое значение для руководства в практике.

Первая степень — кровопотери от 300 до 500 *мл*, гипотония слабо выражена, артериальное давление не менее 100/80 *мм рт. ст.* При этом требуются срочные меры, в первую очередь для остановки кровотечения (ручное отделение последа, ручное или инструментальное удаление его остатков), а также восполнение потерянной крови.

Вторая степень — некомпенсированная кровопотеря, достигает свыше 1000 *мл*, при ней выражена сосудистая недостаточность, артериальное давление снижается до 80/50 *мм*. Требуются срочные меры как по остановке кровотечения, так и по восстановлению кровопотери.

Третья степень — непрекращающееся кровотечение сопровождается резкой декомпенсацией кровообращения, развивается критическое, а порой и терминальное состояние. В таком состоянии больная не может долго оставаться, при промедлении в оказании помощи наступает смерть.

Следует учитывать, что кровотечения в последовом периоде в быстром темпе часто сопровождаются болевыми раздражениями, что усиливает чувствительность организма к кровопотерям, при этом одна фаза кровопотери может быстро сменяться другой.

В оценке состояния тяжести роженицы следует учитывать в первую очередь количество теряемой крови. Кровопотери до 0,5% к общему весу роженицы переносятся легко. Так, если при среднем весе роженицы 50 *кг* кровопотеря составляет 200—250 *мл*, она является физиологической.

Однако учет теряемой крови часто затрудняется многими обстоятельствами. Более или менее точно учитывается собираемая кровь, что же касается несобираемой крови, она часто плохо поддается точному учету.

В практике применяют как простые, так и более сложные приемы учета кровопотери. Наиболее простой учет — это собирать кровь в градуированную посуду, а излившуюся кровь учитывать взвешиванием сухих подкладок и после использования — окровавленных. Разница в весе подкладок покажет количество излившейся крови. Сумма собранной и излившейся на подкладки крови покажет истинную кровопотерю.

О степени кровопотери можно также судить и по удельному весу крови и ее сыворотки. Однако такое определение по многим причинам еще не находит практического применения.

С практической стороны важно различать кровотечения до выделения последа и после его изгнания.

Под влиянием сокращений матки плацента обычно отделяется вскоре после изгнания плода. Отделение плаценты начинается с последней потугой либо с первой схваткой после изгнания ребенка и заканчивается в течение 30 минут (рис. 36).

Известно, что продолжительность последового периода принимается до двух часов. Какова же должна быть тактика врача и акушерки, ведущих роды, в течение двух часов последового периода?

По мнению Л. С. Персианинова, при наличии признаков отделения плаценты, спустя 15—20 минут, допустимо испробовать простейшие приемы для ускорения изгнания плаценты.

Отслоившаяся плацента может задержаться в матке или влагалище, и в этом случае вряд ли оправданно форсировать ее изгнание по следующим соображениям: во-первых, отделение оболочек по-

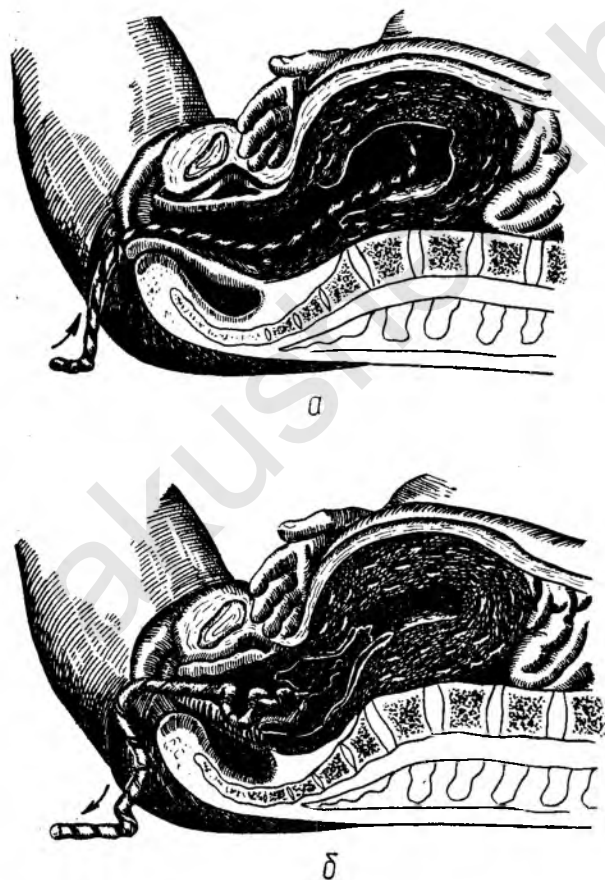


Рис. 36. Признак отделения детского места от матки. При надавливании ребром кисти на надлобковую область:

а — пуповина втягивается во влагалище (плацента еще не отделилась); б — пуповина не втягивается во влагалище (плацента уже отделилась).

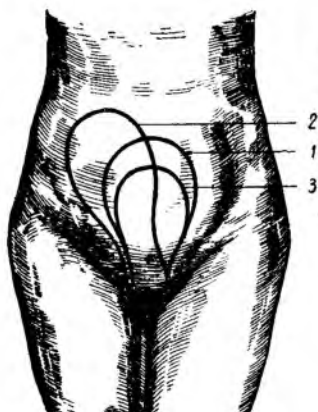


Рис. 37. Высота стояния дна матки при различных фазах отделения и рождения последа:

1 — тотчас после рождения плода;
2 — после отделения последа; 3 — после рождения последа.

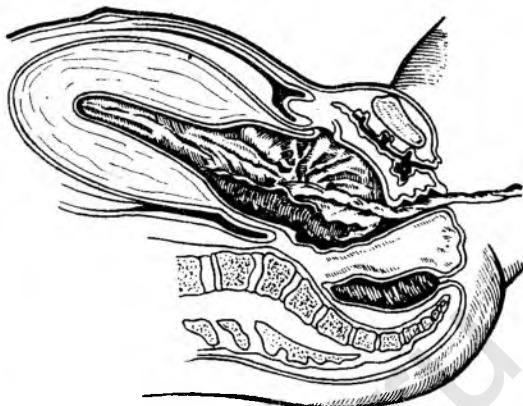


Рис. 38. Отделившаяся плацента в шейке матки.

следа должно совершиться за счет сокращений матки, на что уходит определенное время, во-вторых, не всегда легко распознать полное отделение плаценты. Вот почему более целесообразно при отсутствии кровотечения не вмешиваться до двух часов, так как всякое раннее вмешательство может нарушить нормальное сокращение матки и осложниться кровотечением.

Важно всегда помнить наиболее характерные признаки отделения плаценты, чтобы быстро решить вопрос о характере вмешательств в случае кровотечения.

Для отделения плаценты свойственны следующие признаки:

а) после отделения детского места матка приобретает вытянутую форму, она сокращена, дно отклоняется вправо, поднимаясь выше пупка (признак Гентера, рис. 37);

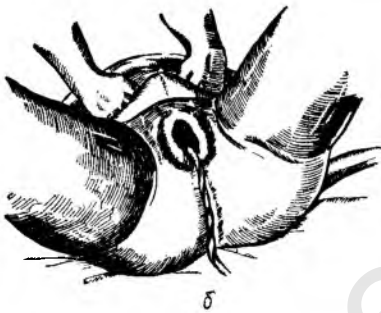
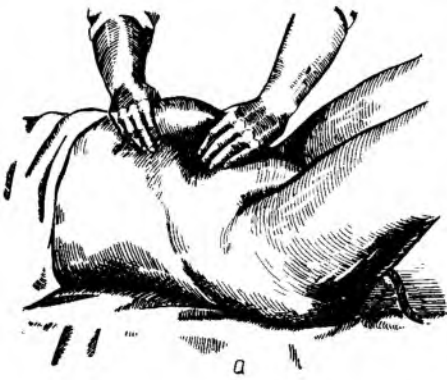
б) после отделения плацента может задержаться во влагалище и своей тяжестью оказывать давление на прямую кишку (рис. 38).

в) до отделения плаценты — при поднятии матки ребром руки, помещенной над лоном, пуповина втягивается во влагалище, после отделения пуповина не втягивается либо опускается ниже (признак Кюстнера—Чукалова);

г) после отделения плаценты: пуповина при глубоком вдохе не втягивается во влагалище (признак Г. И. Довженко); при потуживании роженицы она спускается во влагалище и обратно не втягивается (признак С. К. Клейна).

Для выделения детского места, отделившегося от матки, имеет ряд приемов. Наиболее часто применяют способ Д. А. Абуладзе — Н. Н. Чукалова (рис. 39).

Рис. 39. Способы удаления отделившегося последа:
а — по Абуладзе; *б* — по Гентеру;
в — по Креде — Лазаревичу.



Гентер видоизменил указанный способ, выжимая плаценту надавливанием на матку пальцами рук.

Большое признание получил прием Креде — Лазаревича для выделения из матки отделившегося последа. Он складывается из 5 этапов, которые необходимо соблюдать в такой последовательности: опорожнение мочевого пузыря, выведение матки на средину, круговой массаж матки, охватывание дна матки пальцами и, собственно, выжимание плаценты.

При любом способе удаления последа важно избегать грубого приложения силы, так как это приводит к травме матки, что сопровождается кровотечением. Особенно велика травма при насильственном выжимании плаценты, когда она еще не отделилась; способ Креде—Лазаревича дает положительные результаты лишь при условии отделения плаценты, задержавшейся в матке или влагалище.

После выхождения плаценты в матке могут задерживаться плодные оболочки, для выделения которых применяют простой прием: опираясь на пятки роженица слегка приподнимает таз, при этом плацента тянет за собой оболочки, полезно закручивать оболочки

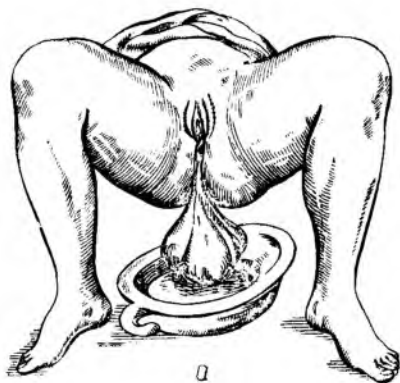


Рис. 40. Выведение оболочек:
а — путем поднятия ягоды; б — скатыванием оболочек в канатик.

в канатик (рис. 40), что способствует отслойке и полному отделению оболочек.

Послед необходимо тщательно осмотреть, с тем чтобы в матке не остались его доли. Это можно сделать, помещая послед плодовой стороной на руку (рис. 41). При целостности плаценты материнская поверхность с частью децидуальной оболочки хорошо видна, она без надрывов и кровоточащих сосудов, серовато-матового цвета. Дефекты плаценты можно выявить, поместив ее на поднос, поглаживая пальцами, снимая остатки крови и слизи. В последнее время появились сообщения о целесообразности осмотра плаценты при люминесцентном освещении.

Задержка частей плаценты в матке может сопровождаться сильным кровотечением в последовом и раннем послеродовом периодах. Задерживаться могут добавочные доли плаценты либо рва-

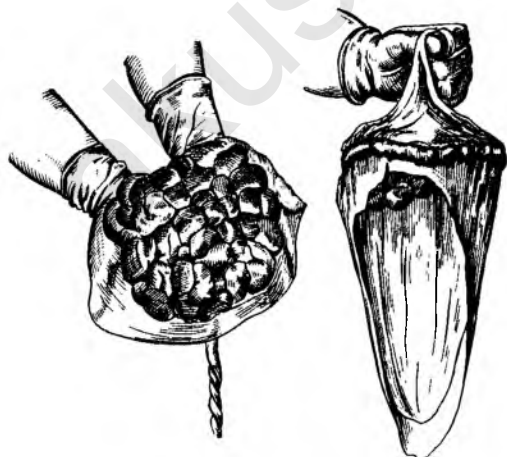


Рис. 41. Осмотр последа и оболочек.

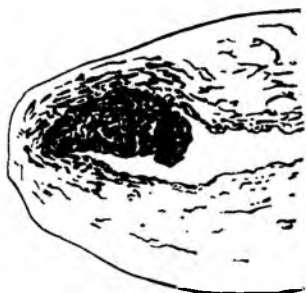


Рис. 42. Задержка доли плаценты.

ные части основных долей (рис. 42). Это бывает при интимном сращении плаценты с маткой, а также нередко при поспешном форсировании отделения последа без показаний. При задержке остатков плаценты в матке кровотечение может быть различной силы: кровь вытекает в виде струи либо отдельными сгустками. По временам кровотечение останавливается и вновь возобновляется. Иногда сгустки крови закупоривают внутренний зев матки, тогда кровь скапливается в матке и затем с силой выталкивается (рис. 43). В подобных случаях состояние больной ухудшается, хотя наружного кровотечения нет. Для устранения спазма зева шейки матки необходимо дать кратковременный эфирный наркоз, под которым при необходимости можно сделать ручное обследование полости матки с массажем на кулаке.

Однако прежде чем решиться на дачу наркоза, необходимо быть уверенным, что нет кровотечения за счет разрыва шейки и нижнего сегмента матки, а также исключить задержку остатков плаценты в матке.

При задержке остатков плаценты матка сокращена неравномерно и на ощупь имеет неодинаковую консистенцию: она мягче в той части, где задержались остатки плаценты. В случае сомнения в целостности плаценты необходимо сделать ручное обследование полости матки с массажем на кулаке либо произвести кюретаж, не ожи-

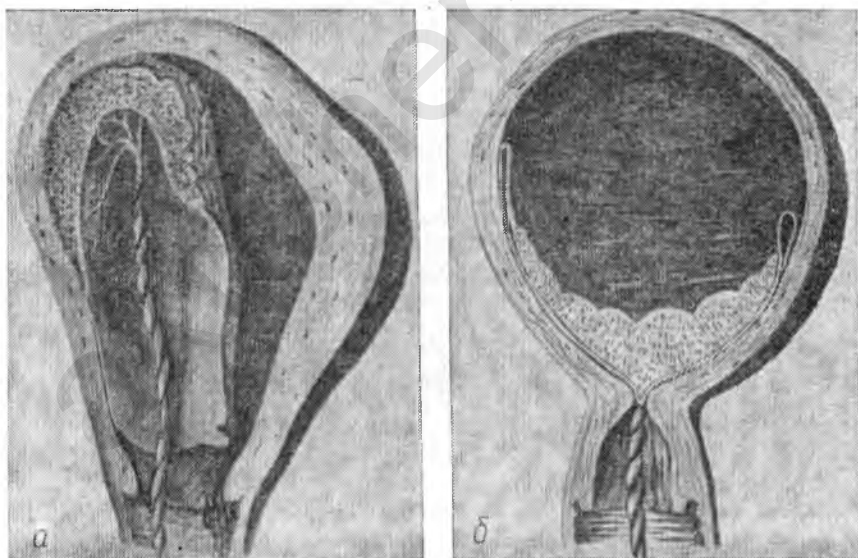


Рис. 43. Последовый период:

- а* — частичная отслойка детского места при его расположении в области трубного узла;
б — внутриматочное кровотечение при спазме маточного зева (стенки матки растянуты кровью, заполнившей ее полость).

дая кровотоечения, так как без этого никогда нельзя ручаться, что не возникнет профузное кровотечение (В. А. Покровский).

Поздние послеродовые кровотечения при задержке остатков плаценты в матке указывают на плохой осмотр плаценты. Кровотечения в последовом периоде встречаются при ущемлении плаценты в трубном углу матки (рис. 44). Это бывает при некоординированном сокращении матки, часто вследствие грубо проведенных манипуляций. Тогда на границе тела и трубного угла матки выявляется перетяжка, которая определяется при пальпации. Форма матки напоминает песочные часы (рис. 45). В подобных случаях может быть очень сильное кровотечение, для остановки которого необходимо произвести ручное отделение последа с массажем матки на кулаке. После удаления последа необходимо применить сокращающие матку средства.

Приращение плаценты может сопровождаться врастанием хориона в мышечный слой матки на различную глубину. По мнению К. В. Улезко-Строгановой, это осложнение беременности является следствием понижения защитных биологических свойств

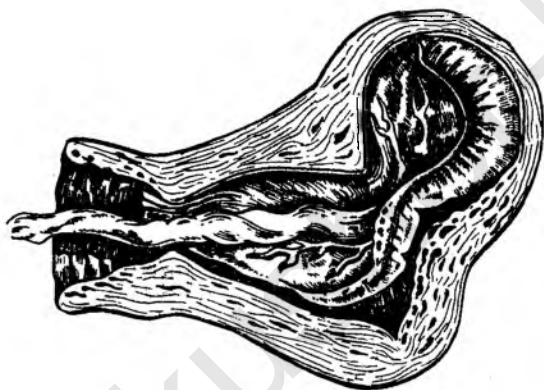


Рис. 44. Ущемление плаценты в трубном углу.

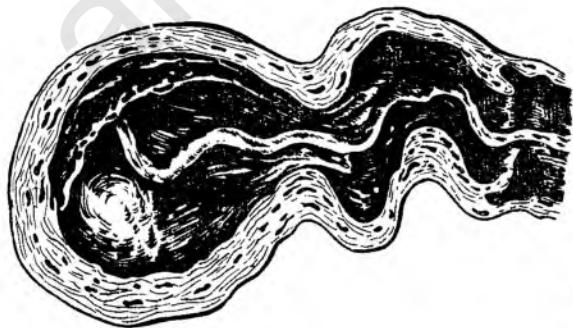


Рис. 45. Плацента не отделилась. Матка в виде песочных часов.



децидуальной оболочки против разрушения ее хорионом. В то же время не исключается чрезмерная активность хориона. Такая недостаточность функции слизистой матки наблюдается у женщин, имевших осложнения выкидышей, а также болевших воспалением матки и придатков.

Врастание ворсин в мышечный слой матки бывает часто при рубцовых изменениях матки после кесарева сечения, а также при низком прикреплении плаценты в перешейке матки.

Различают относительное и истинное приращения плаценты.

Относительное, или так называемое плотное, прикрепление (*placenta adhereus*) плаценты, такое, когда ворсины хориона проникают в компактный слой отпадающей оболочки, не выходя, однако, за его пределы. Плацента интимно соединена со слизистой матки, но врастания ворсин в мышечный слой не имеется (рис. 46).

При указанном осложнении отмечается слабость родовых сил, сокращения матки бывают некоординированными. Плацента часто не отделяется, а если начинается отделение, появляется сильное маточное кровотечение. В таких случаях нужно сделать бережное ручное отделение плаценты, а при затруднении отделения или сильном кровотечении в отдельных случаях произвести ампутацию либо экстирпацию матки.

Истинное приращение плаценты (*placenta acreta vera*) может быть частичным — когда часть ворсин врастает в мышечный слой матки, либо полным — с прорастанием ворсин всей плаценты.

В зависимости от глубины врастания ворсин принято различать такие формы:

- а) *placenta accreta* — при неглубоком врастании ворсин в мышечный слой матки;
- б) *placenta increta* — при глубоком врастании;
- в) *placenta percreta* — с полным прорастанием мышечной стенки матки до серозного покрова.

Истинное частичное приращение плаценты (*placenta accreta vera partialis*). При этой патологии только часть ворсин врастает в мышечный слой матки. Однако это может вести к тяжелым осложнениям родов, во время которых наблюдается слабость родовых сил, некоординированные сокращения матки и, как только отделяется часть плаценты, начинается сильное кровотечение. Кровь выделяется струей из незакрывающихся синусов плацентарной площадки. Может быть допущена попытка отделения плаценты, но без применения большой силы, так как насильственный ее отрыв сопровождается кровотечением в быстром темпе. Только срочная ампутация матки может спасти больную, когда кровопотеря еще обратима. Подобные осложнения забываются, так как они встречаются редко. Это и служит одной из частных причин запоздалой помощи, плохого исхода.

Истинное полное приращение плаценты (*placenta accreta totalis vera*). Это такое состояние, когда ворсины всей плаценты врастают в мышечный слой матки, что встречается крайне редко. При этом беременность может протекать без особенностей, иногда могут быть незначительные кровянистые выделения. В наблюдаемом нами случае наступили самопроизвольные роды, родилась живая доношенная девочка. Послед длительное время не отделялся и при попытке ручного отделения опытный врач не смог обнаружить края плаценты, который удалось бы отслоить от стенки матки.

Гистологическое исследование удаленной матки вместе с плацентой подтвердило полное сращение плаценты с мышечной стенкой матки.

При полном приращении плаценты она самопроизвольно не отделяется и пока остается сращенной с маткой, кровотечения не бывает.

Слабость родовых сил может навести на мысль о патологии плаценты, однако полное приращение плаценты устанавливается обычно при попытке ручного ее отделения. Эта попытка всегда должна быть весьма бережной, ибо при форсированном отрыве плаценты от матки может быть сильное кровотечение и разрыв матки. В подобных случаях при невозможности ручного отделения плаценты показана только радикальная операция — ампутация, либо экстирпация матки.

Следует иметь в виду, что после ручного удаления плаценты или ее частей может продолжаться гипотония матки, что сопровождается кровотечением. В таких случаях нужно проводить профилактические мероприятия и борьбу с наступившим кровотечением.

ем. С этими задачами возможно справиться лишь при готовности для остановки кровотечения и устранения его последствия. Маточные кровотечения после отхождения и удаления последа являются следствием гипотонии или атонии матки. Возможно, что они поддерживаются и за счет нарушения свертывающих компонентов крови.

Сравнительно недавно поднимался вопрос о необходимости объединить гипо- и атонию в единое понятие «атонические кровотечения».

Гипотонические кровотечения могут начинаться и до удаления последа, они могут быть умеренными или весьма обильными. Наблюдаются при многих осложнениях беременности и родов, а также при экстрагенитальных заболеваниях рожениц.

Одной из частых причин является инфантилизм половых органов, о наличии которого можно судить по сроку позднего наступления менструаций, нередко с нарушением их цикличности, по длительному бесплодию при нормальной половой жизни. Перенесенные воспаления матки и придатков, многоводие и многоплодие, переутомление рожениц при затянувшихся родах, быстрое опорожнение матки, погрешности ведения родов являются предрасполагающими моментами гипотонических кровотечений. Особенно часты бывают кровотечения после рождения долго находящегося в матке мертвого плода.

Причины маточных кровотечений на почве гипотонии и атонии матки А. П. Николаев делит на три группы:

а) сильное перевозбуждение, перенапряжение центральной нервной системы, что бывает при резко болезненных бурных схватках, а также при затянувшихся родах. Кислородное голодание при токсикозах беременности, в особенности на фоне гипертонии;

б) нарушение взаимной корреляции нейрогуморальных факторов, играющих большую роль в сократительной функции матки. В частности, велико значение динамики образования и разрушения ацетилхолина, этого важного химического медиатора нервного возбуждения;

в) изменение химизма самой маточной мышцы; здесь имеется в виду превращение гликогена в глюкозу, образование сократительного белка мышцы матки, обеспечение кальцием и др.

Состояние больных во время кровотечения некоторое время может оставаться удовлетворительным, за счет включения в действие компенсаторных механизмов. Однако при быстром темпе кровопотери нарушение гемодинамики может сразу проявиться тяжелым состоянием больных.

Учитывая это, при ведении осложненных родов следует осуществлять основную задачу — предупреждать кровопотери в родах, не менее важно также своевременное восполнение кровопотерь, о чем подробнее будет сказано ниже.

Истинная атония матки встречается крайне редко, при этом из

заведомо опорожненной матки вытекает кровь и матка вновь наполняется (рис. 47).

По мере кровопотери кровь становится светлее, теряется ее способность свертываться. Таким образом сочетаются два грозных осложнения — нарушение сократительной способности матки и нарушение свертывания крови. Каждое из этих осложнений является весьма опасным в смысле возможности необратимых кровопотерь, тем более опасно их сочетание. При истинной атонии матки только немедленная радикальная операция может сохранить жизнь больной.

Нарушение свертывающей системы крови нередко служит причиной необратимых кровопотерь.

В последнее время все чаще описывают кровотечения в родах на почве гипо- и афибриногемии, а также при эмболии околоплодными водами. По данным Н. С. Бакшеева, до 15% маточных кровотечений в родах наступает за счет нарушения свертывания крови.

Хотя учение о свертывании крови успешно развивается с 70-х годов XIX столетия, однако до сего времени не разрешены многие вопросы этой важной проблемы. На значение фибрина, как фактора свертывания крови, указал Дени в 1865 г. Позже отмечалось, что нарушение свертывания крови приводит к маточным кровотечениям во время родов и в послеродовом периоде. Однако акушеры это часто недооценивают и в большинстве случаев патологические кровопотери связывают с недостаточной сократительной способностью матки.

С в е р т ы в а н и е к р о в и — защитная реакция организма на нарушение целостности кровяного русла, на кровопотерю, протекающую в белковоколлоидной среде. Она тесно связана со сложными биохимическими изменениями крови и взаимообусловлена с наруше-

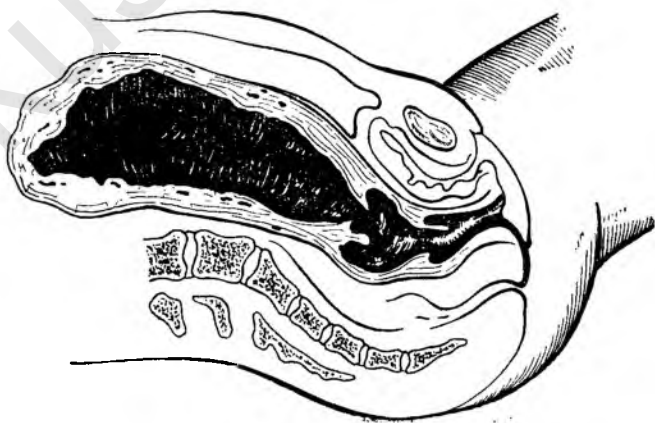


Рис. 47. Атония матки.

нием стенок сосудистого русла, с его сложной капиллярной системой. Повреждение стенок кровяного русла сопровождается обычно повышением свертывания крови, образованием кровяного сгустка.

На процесс свертывания крови оказывает влияние состояние сосудистых стенок. При повышении проницаемости капилляров наступает диapedез эритроцитов, что порой наблюдается даже при незаметных повреждениях (травмах). Подобные состояния, по Г. А. Алексееву, легко наступают в результате авитаминозов С и Р, в результате воспалительных либо токсико-аллергических изменений капилляров, нарушений нейрогуморальной регуляции (стазы, викарные кровоизлияния; при отсутствии краевого стояния тромбоцитов также повышается проницаемость капилляров — тромбопенические состояния).

Механизм свертывания крови в настоящее время окончательно не установлен. Наибольшее признание получают две теории свертывания крови: фибринолитическая и тромбопластическая. Согласно первой теории, фибринолиз — нормальный этап гемостаза в третьей фазе свертывания крови. В случае усиления его активности развивается геморрагический синдром, при котором фибриноген растворяется в циркулирующей крови. Установлено, что во время беременности фибринолитическая активность снижается, а к концу ее и в послеродовом периоде — повышается.

По второй тромбопластической теории, при определенных условиях тромбопластин попадает в кровяное русло, вызывая внутрисосудистое свертывание крови. При этом фибриноген крови расходуется в больших количествах, отлагаясь на стенках сосудов в виде фибриногенных сгустков. Кровь становится беднее им, и свертываемость ее нарушается. Это происходит в результате взаимодействия ряда веществ, часть из которых вырабатывается в печени и постоянно содержится в плазме, другая часть выделяется *et tempore* форменными элементами крови и поврежденными тканями в момент кровотечения.

Нормальное свертывание крови происходит при условии вступления в действие многих составных компонентов этого сложного физиологического процесса, носящего характер цепных реакций, с участием основных четырех компонентов протромбина, тромбопластина, ионов кальция и фибриногена. Помимо этого в свертывании крови принимают участие и другие вещества белковой природы, обладающие ферментативными свойствами акцелераторов, т. е. ускорителей реакций. К ним относятся V, VI, VII, XI и X факторы свертывания крови, хорошо изученные только в последнее время.

Большая роль в свертывании крови принадлежит и антикоагулянтам, гепарину, представляющему собой секрет печени (В. Я. Кудряшов).

Восстановление нарушенной системы свертывания крови мо-

жет наступить в течение 1 часа 20 минут. По мнению Кудряшова, в свертывании крови особенно велика роль двух ведущих белковых ферментов — тромбина и пламина, которые «программируют» физиологический уровень свертывающей и противосвертывающей потенции крови.

Регулярное действие тромбина и пламина обеспечивается через посредство рефлекторных, гуморальных систем, которые осуществляют свое действие при импульсации хеморецепторов кровеносного русла, обусловленной раздражением, возникающим при появлении в крови относительного избытка тромбина или пламина.

Тяжелое состояние рожениц наступает в случае эмболии легочных сосудов околоплодными водами. Эмболия околоплодными водами впервые описана Мейером в 1926 г., а через год Варденом была воспроизведена в экспериментах на кроликах. Термин «эмболия околоплодными водами» вошел в клиническую практику после сообщения Штейнера и Лумбауха о том, что при патолого-анатомических исследованиях трупов рожениц, умерших от этого осложнения, они находили в кровяном русле плотные части околоплодных вод (клетки эпителия, волосы, первородную смазку, меконий).

Околоплодные воды попадают в кровяное русло матери, когда разрываются плодные оболочки в состоянии повышенного внутриматочного давления, когда оно оказывается выше, чем в венозной системе матери. Подобные условия создаются при бурных родовых схватках, при разрыве плодного пузыря у края плаценты. Тогда внутриматочное давление во время схватки повышается быстрее, чем в интравилезном пространстве. Разница может быть до 2,6 мм рт. ст. И тогда воды легко проникают в интравилезное пространство, а оттуда в венозную систему матери.

Во время кесарева сечения под наркозом, когда снижается давление в сосудах матки, также может наступить эмболия околоплодными водами. Этому же может способствовать и преждевременная отслойка плаценты, когда в ретроплацентарное пространство поступают воды, в случае разрыва плодных оболочек. Наиболее легко проникают воды в кровяное русло через сосуды шейки и нижнего сегмента матки, где имеется особенно богатая венозная сеть.

Поступление околоплодных вод в кровяное русло сопровождается патологическими реакциями организма: падением артериального давления, нарушением проницаемости сосудов, биохимических свойств крови, в том числе свертывания крови, образованием тромбозов и отека легких.

По мнению Н. С. Бакшеева, небольшое попадание вод в кровь матери может привести лишь к гипо- и афибриногемии, без клинического проявления эмболии, при этом истинная причина не распознается. Кровотечение в подобных случаях объясняется различным — афибриногемией либо атонией матки.

В случае смерти находят такие морфологические изменения: кровь в сосудах жидкая, даже при вскрытии трупа спустя два часа после смерти, что связано с прижизненным фибринолизом, в ряде органов находятся фибриновые тромбы. Легкие переполнены жидкой кровью, имеются тромбы мелких капилляров и мелких артериальных стволов легочной артерии. В сгустках крови могут быть разные тромбы — с преобладанием фибрина либо плотных частиц околоплодных вод, аморфные с меконием, тромбоцитарные и смешанные.

Жидкая темная кровь наполняет сосуды всех калибров, причем обращает на себя внимание отсутствие сгустков. В миокарде встречаются участки некроза, ишемические очаги, что связано со спазмом капилляров (Н. С. Бакшеев).

В области плацентарной площадки на слизистой матки можно обнаружить меконий, который проникает и в сосуды миометрия. Фибриновые тромбы могут быть и в других органах — в пищеводе, двенадцатиперстной кишке, в миокарде, в щитовидной железе и других тканях. В случае резкого обескровливания в мозговом слое надпочечника обнаруживаются участки некроза.

Клинически эмболия околоплодными водами характеризуется следующими симптомами: внезапно появляется озноб, с повышением температуры до 38—41°C, что можно отнести за счет анафилактической реакции на введение околоплодных вод. Одновременно проявляется гипоксия в виде цианоза кожи лица, рук, появляется частое поверхностное дыхание, развивается удушье, сопровождающееся некоординированными движениями, беспокойством, чувством страха смерти. В тяжелом состоянии вскоре проявляется угнетение, адинамия с потерей сознания. При этом быстро падает артериальное давление, пульс не определяется, вскоре развивается и отек легких.

Для эмболии околоплодными водами, по мнению Н. С. Бакшеева, характерны три симптома (триада): а) озноб, сопровождающийся повышением температуры и нарастающим цианозом; б) сердечно-сосудистый коллапс; в) отек легких. Последний не успевает развиваться при быстром наступлении смерти.

Попадание околоплодных вод в кровяное русло рожениц сразу сказывается на состоянии рожениц, однако маточное кровотечение появляется не сразу. Вначале защитные силы организма сопротивляются нарушению свертывания крови, а затем компенсация иссякает и наступает сильное маточное кровотечение.

Следует иметь в виду, что после нарушения свертывающих компонентов крови, в частности, проявления афибриногемии, восстановление фибриногена наступает сравнительно медленно, в течение 10—12 часов. В это время могут быть повторные кровотечения.

Даже небольшая кровопотеря в последовом периоде может проявиться в виде коллапса и родового шока, что бывает при резко болезненном течении родового акта, иногда после стремитель-

ных родов, а также может быть при акушерских пособиях и операциях, выполняемых без наркоза или при неглубоком сне.

Однако родовой шок может развиваться не только вследствие кровопотери, он может быть и без нее. При болевом шоке преобладает истощение функции коры головного мозга с утратой регулирующего влияния на подкорковые центры и сопровождающееся рядом патологических сдвигов (Н. С. Бакшеев). В отличие от этого, в патогенезе острого малокровия лежит нарушение гемодинамики со вторичным поражением аккомодационных механизмов (В. А. Покровский).

Нередко распознать эти два вида шока бывает трудно, отсутствие кровопотери с развитием шока говорит за истинный, так называемый родовой, шок.

В эректильной фазе шока больные проявляют беспокойство, артериальное давление кратковременно повышается, что вскоре сменяется торпидной фазой — падением артериального давления, бледностью, безучастным состоянием, появлением холодного пота. Наконец развивается прострация и смерть.

По мере убыли крови из сосудистого русла при маточных кровотечениях раньше или позже компенсация нарушается, проявляется расстройство гемодинамики и в случае продолжения кровотечения наступает преагональное состояние, агония и клиническая смерть. При таких состояниях борьба за жизнь роженицы становится весьма трудной и не всегда удачной. По наблюдениям в экспериментах на животных, при снижении артериального давления до 40 мм рт. ст. жизнь может поддерживаться до 80 минут.

Для всех указанных состояний характерно угнетение функций высших отделов мозга, диффузное гипоксическое поражение миокарда, нарушение проводимости нервных импульсов, циркуляторная гипоксия и метаболический ацидоз в тканях. Первым проявляется нарушение гемодинамики, а вскоре и дыхания.

При кровопотерях смерть наблюдается при разных проявлениях нарушения функций организма в зависимости от длительности гипотензии:

а) при быстрой кровопотере наступает смерть от анемии мозга — «мозговая смерть». По В. А. Неговскому, оживление возможно в течение 3—5 минут клинической смерти;

б) при длительном снижении артериального давления наступает «соматическая смерть», при которой происходят необратимые изменения паренхиматозных органов.

Распознать кровотечение в последовом и послеродовом периодах нетрудно: кровь выделяется из влагалища либо скапливается в матке, что сказывается нарушением гемодинамики, т. е. учащается пульс, проявляется общая слабость, бледность. Матка обычно плохо сокращается, на ощупь мягкая, часто отмечается неравномерная плотность ее отдельных участков, давление на матку нередко усиливает кровотечение.

Что касается причин кровотечения, их выяснить не всегда легко. Одна из частых причин, мешающих нормальному сокращению матки,— задержка остатков в ней последа. При этом кровотечения бывают разной интенсивности: то умеренные, в медленном темпе, то обильные, в быстром темпе. Тщательный осмотр позволяет обнаружить причину кровотечения.

Гипотонические кровотечения после опорожнения матки чаще всего бывают в быстром темпе и обильные, матка остается дряблой и плохо сокращается при наружном массаже.

Большие трудности могут быть в установлении нарушения свертывания крови. Гипо- и афибриногинемию распознают по отсутствию образования сгустков крови вытекающей из матки, либо по образованию небольших сгустков, которые легко распадаются при взбалтывании крови в пробирке.

Лабораторные исследования помогают правильно оценить состояние свертывания крови, а также кровотечения, связанные с эмболией околоплодными водами.

Исход маточного кровотечения зависит от многих факторов: от степени кровопотери, состояния роженицы до кровотечения, темпа кровотечения и многих других моментов.

Тяжелое состояние больных сопровождается потерей сознания, снижением температуры тела, волнообразностью артериального давления, сгущением крови и часто непроизвольным жидким стулом. В подобных состояниях переливание крови и замещающих жидкостей не оказывает желаемого действия.

При острой кровопотере количество эритроцитов и гемоглобина сразу не изменяется, снижение наступает в последующие 2—3 дня, за счет разбавления крови, поступающей с плазмой в сосудистую систему. Регенерация крови после больших кровопотерь наступает спустя 5—6 дней и идет медленно. Это следует учитывать при оценке состояния больных и проведении лечебных мероприятий.

Внезапная смерть рожениц может быть не только на почве кровотечений, она может наступить в результате кровоизлияния в мозг, разрыва аорты, селезенки, печени, что наблюдается чаще всего при тяжелых токсикозах беременности и при таких заболеваниях, как сифилис и малярия.

Профилактика и лечение. Профилактика маточных кровотечений должна начинаться с оздоровления детского населения и продолжаться во все периоды жизни женщины. Создание благоприятных условий для развития детского организма положительно сказывается на развитии половой сферы будущей матери. Нормальные условия труда, устранение вредных влияний на производстве, широкое внедрение физкультуры и спорта, создание благоприятных условий в быту — это все меры, способствующие осуществлению нормальной функции женского организма, осуществлению важного долга материнства.

Большое значение имеет психофизическая подготовка беременных женщин к родам, а также обеспечение охранительного режима во время родов. Само собою разумеется, что только рациональное ведение родов, своевременное оказание помощи в необходимых случаях может предотвратить кровопотери в последовом периоде.

В понятие психопрофилактической подготовки к родам, по А. А. Лебедеву, должно включаться проведение комплекса мероприятий, слагающегося из физкультурных упражнений, облучения беременных кварцем, витаминизации. Велико значение витамина В₁, который усиливает образование ацетилхолина, способствующего сократительной деятельности матки. Витамин С способствует нормализации свертывания крови. Всем известно, насколько велико значение рационального ведения родов, в частности, обеспечения отдыха женщине в родах.

Назначая спазмолитические и обезболивающие средства, желательно создавать отдых роженице через каждые 12—16 часов, с учетом ее состояния и плода. Создавать отдых роженице полезно, особенно в ночное время, что согласуется с обычным суточным ритмом физиологической функции организма.

Полезное действие на развитие и поддержание нормальной родовой деятельности оказывает глюкоза, хлористый кальций, а также галаскорбин. Хлористый кальций можно назначать внутрь на молоко.

В случае если предполагается возможность кровотечения в последовом периоде, уже во втором периоде родов создают готовность для предупреждения больших кровопотерь. С этой целью налаживают капельное внутривенное введение физиологического раствора хлористого натрия с глюкозой. С целью профилактики кровотечений в последовом периоде многие рекомендуют внутривенное введение окситоцина на физиологическом растворе хлористого натрия.

Раствор окситоцина готовят из расчета 2—3 ед. окситоцина на 200—250 мл физиологического раствора хлористого натрия и вводят медленно, капельным путем. Такое же количество окситоцина можно вводить внутривенно вместе с 50 мл 40% раствора глюкозы. Имеются сообщения о побочном действии окситоцина, для предупреждения которого нужно медленно вводить раствор препарата.

Для профилактики маточных кровотечений в последовом периоде было предложено некоторыми акушерами назначать сокращающие средства, с целью укорочения этого периода (А. Ю. Лурье). Последующие наблюдения показали неоправданность этого предложения. Против форсированного ведения последового периода высказалось большинство акушеров нашей страны (И. Ф. Жордания, Ф. А. Сыроватко).

Подтверждено старое положение, что любое вмешательство без показаний нарушает физиологическое течение последового перио-

да, нарушает действие механизмов адаптации и может служить причиной кровотечения.

Профилактика и лечение маточных кровотечений в родах неотделимы друг от друга. Они должны начинаться рано, как только замечено нарушение последового периода, при минимальной кровопотере. При всех условиях основным является остановка кровотечения с необходимыми мерами устранения последствий кровопотери.

Полноценным замещением кровопотери можно считать только замену ее перелитой кровью. Что касается кровозамещающих жид-

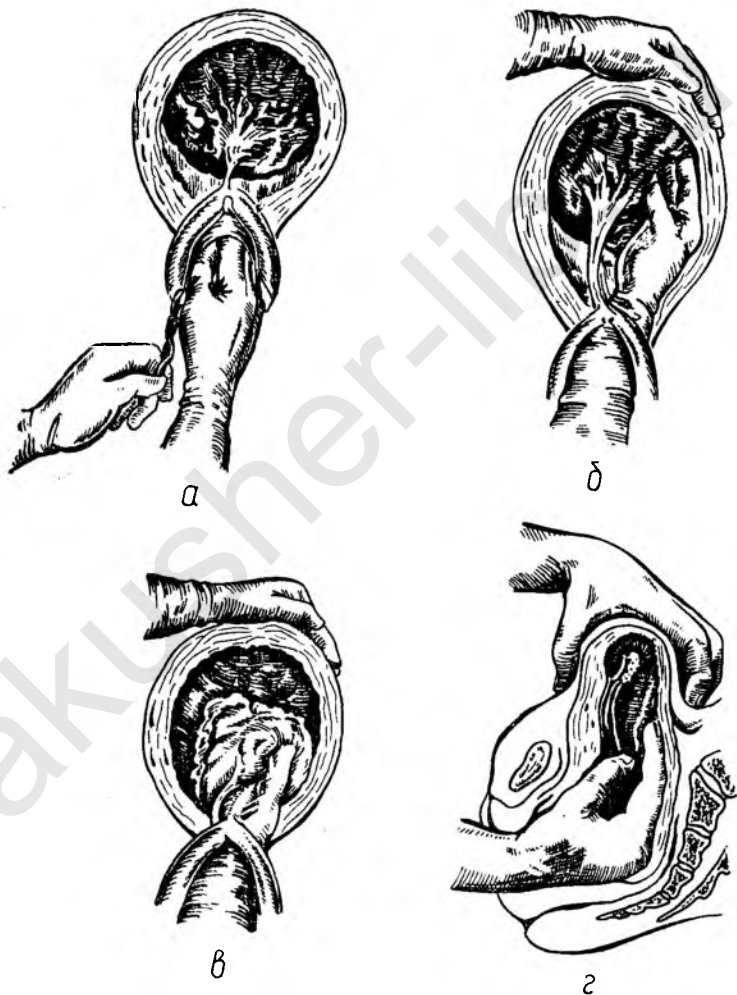


Рис. 48. Поэтапные моменты ручного отделения плаценты (а, б, в, г).

Рис. 49. Массаж матки на кулаке.



костей, они до остановки кровотечения пользы, по нашему мнению, не приносят. После остановки кровотечения их можно назначать с учетом особенностей сердечно-сосудистой деятельности организма и считать временной мерой для поддержания кровообращения до переливания донорской крови.

В основе маточных кровотечений в послеродовом периоде лежат разные причины, которые необходимо учитывать при оказании помощи.

1. Кровотечение при неотделившейся плаценте. Для остановки кровотечения при всех условиях необходимо удалить послед. В этих случаях наиболее подходящим будет ручное отделение последа (рис. 48) с массажем матки на кулаке (рис. 49). При наличии условий можно попытаться удалить послед наружными приемами по Абуладзе или Креде — Лазаревичу.

Техника ручного отделения плаценты: роженицу укладывают на гинекологическое кресло, мочу спускают катетером, пуповину смазывают 10% йодной настойкой.левой рукой разводят половые губы, правую, сложенную в виде конуса, вводят во влагалище и по пуповине доходят до края плаценты. В это время левой рукой пуповину слегка натягивают. Затем левую руку перемещают на дно матки, которое надавливают книзу. Пилящими движениями пальцев отделяют плаценту, которую по мере отделения потягиванием за пуповину спускают книзу и извлекают. Оставленной в матке рукой проверяют стенки матки и, если обнаруживают остатки последа, их удаляют.

Следует помнить, что шероховатую плацентарную площадку можно смешать с остатками плаценты, чего нельзя допускать, чтобы, преследуя цель удаления плаценты, не повредить матку. При задержке частей плаценты в матке их также должны удалять в одних случаях ручным способом, в других — кюреткой.

По-нашему, ручное удаление последа с массажем матки на кулаке показано при плохом сокращении матки и быстром темпе кровотечения. В случае сокращения матки и отсутствия большой кровопотери остатки плаценты можно удалять большой тупой кюреткой.

Высказываясь против кюретажа, многие ссылаются на возможность при этом перфорации матки, а также удаления части мышечной стенки матки. Эта опасность явно преувеличивается. Многолетний опыт акушерско-гинекологической клиники Минского медицин-



Рис. 50. Большая тупая кюретка для выскабливания матки в раннем послеродовом периоде.

ского института, где часто проводят кюретаж в последовом периоде, указывает на его пользу. После кюретажа реже бывают послеродовые септические осложнения.

Следует считать, что оба способа — ручное удаление остатков детского места и кюретаж — могут применяться. Обоим способам присущи преимущества и недостатки.

Важно помнить, что кюретаж послеродовой матки можно проводить только большой ложкой (рис. 50), которая не должна быть очень острой.

Одновременно с удалением последа или его частей необходимо применить средства, сокращающие матку: подкожно 1 мл питуитрина, а при сильном кровотечении его можно вводить внутривенно капельно, вместе с физиологическим раствором хлористого натрия. При повышении артериального давления у роженицы желательнее применять питуитрин «М», который не повышает давления.

В последнее время находит применение окситоцин, который вводят внутривенно, капельно, 4—5 ед. окситоцина вместе с глюкозой 0,5% раствора 50 мл.

В случае кровотечения на почве гипотонического состояния матки имеется ряд способов, основанных на механическом сдавлении матки, при которых происходит остановка кровотечения:

а) способ Пискачека — матку правой рукой сжимают с боков и приподнимают вверх, левой рукой делают массаж тела матки



Рис. 51. Выделение последа по Пискачеку.

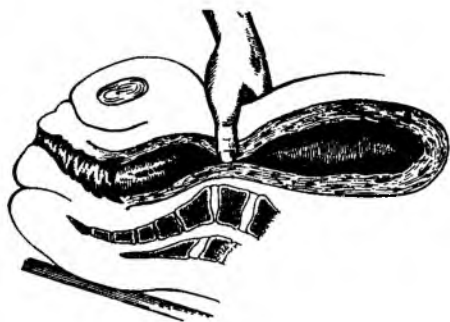


Рис. 52. Прижатие матки по Гентеру

(рис. 51). Этим приемом останавливают кровотечения за счет сдавления сосудов матки, а также массажа матки;

б) способ Г. Г. Гентера — в положении Тренделенбурга нижний сегмент матки охватывают пальцами руки и прижимают к позвоночнику (рис. 52). Здесь остановка кровотечения наступает за счет сдавления сосудов матки.

Имеются и другие способы механического воздействия с целью усиления сокращения матки. К ним относятся:

в) прижатие аорты кулаком (рис. 53);

г) пальцевое прижатие аорты;

д) для сжатия сосудов матки можно, по Снегиреву, создавать резкую антефлексию с прижатием матки к лону.

В борьбе с маточным кровотечением в послеродовом периоде получают всеобщее признание способы воздействия на рецепторный аппарат шейки матки, раздражение которого сопровождается сокращениями матки. К таким способам относится шов на шейку матки, по Лосицкой, который накладывают так: влагалитическую часть шейки обнажают зеркалами, переднюю и заднюю губы захватывают пулевыми щипцами. На шейку накладывают круговой шов, охватывающий ее в виде жома. Для фиксации нить проводят неглубоко — вблизи сводов через переднюю и заднюю губы шейки матки, в поперечном направлении. Сдавление шейки лигатурой сопровождается сокращением матки, что приводит к остановке кровотечения.

При кровотечениях в раннем послеродовом периоде применяют тампонаду матки, о целесообразности которой нередко возникают споры. Действие тугой тампонады рассчитано на механическое сдавление сосудов матки, а также на рефлекторное воздействие тампона на рецепторы матки.



Рис. 53. Прижатие аорты кулаком.



Рис. 54. Тампонада матки.

Вопрос о пользе тампонады матки поднимали на XI съезде акушеров-гинекологов, при этом большинство акушеров высказалось за тампонаду. Разумеется, что тампонаду должны проводить с соблюдением основного требования — тугой тампонады полости матки, что выполняется под контролем зеркал (рис. 54). Только при тугой тампонаде можно рассчитывать на механическое сдавление кровоточащих сосудов и на рефлекторное воздействие тампона. При недостаточном заполнении тампонами полости матки кровь будет скапливаться в матке, тампоны — промокать кровью, что еще больше увеличит кровопотерю.

С целью активного воздействия на рецепторы матки иногда тампоны смачивают эфиром, что небезопасно. Пары эфира могут проникать в сосуды матки и вызывать эмболию. Такое осложнение с летальным исходом описал Л. С. Персианинов. Он предлагает смачивать тампоны раствором риваноля в разведении 1 : 2000 или 3% раствором хлористого кальция.

Весьма сложная ситуация создается, когда, несмотря на применение многих из указанных приемов и переливание крови, кровотечение не останавливается. Тогда необходимы более радикальные вмешательства: пережатие сосудов матки, наложение клемм на боковые параметрии. Генкель предложил пережимать сосуды матки обычными клеммами, которые И. Э. Такинадзе и Д. И. Тавхиладзе заменяют окончатými, с тем чтобы меньше травмировать ткани матки.

Наложение клемм проводится так: шейку матки обнажают влажными зеркалами и захватывают за переднюю и заднюю губы пулевыми щипцами. Затем их отводят в сторону с низведением книзу и на сосудистый пучок накладывают тупоконечные клеммы (рис. 55). Таким же способом шейку отводят в другую сторону и накладывают клеммы на второй стороне.



При наложении зажимов на шейку матки не исключена возможность повреждения мочеоточника, что служит единственной причиной для воздержания от этой операции. Однако при сильном кровотечении, в особенности когда нет выбора, вряд ли кто станет воздерживаться от наложения клемм на шейку матки из-за боязни образования мочеоточникового свища.

В последнее время появились сообщения о перевязке маточных сосудов при кровотечениях.

Рис. 55. Ущемление маточных артерий по Генкелю.

После вскрытия брюшной полости матку выводят в рану и подтягивают влево, вверх. Сосудистый пучок, маточные артерии и вены могут быть видны, а также определяются на ощупь; сосуды вместе с клетчаткой перевязывают кетгутовой лигатурой, чуть выше внутреннего зева. После наложения лигатуры пульсация сосудов в дистальном отделе прекращается. Затем матку оттягивают вправо и таким же образом перевязывают сосудистый пучок на второй стороне.

После этого кетгутовыми лигатурами перевязывают собственные связки яичников с проходящими в них сосудами. Эта операция разработана Д. Р. Цицишвили, она находит применение во многих учреждениях родовспоможения.

Однако, по данным Н. С. Бакшеева, после перевязки маточных сосудов $\frac{1}{3}$ больных умерли, что, видимо, связано с большими кровопотерями до операции.

Имеются также сообщения об успешности электротонизации матки при кровотечениях в раннем послеродовом периоде (З. А. Чиладзе).

Следует иметь в виду, что при сильном кровотечении ампутация или экстирпация матки являются радикальными операциями для остановки кровотечения. При всех условиях операции принесут пользу, если их делать без запоздания.

После больших кровопотерь часто смерть наступает во время операции.

Переливание крови и замещающих жидкостей. Одно из могущественных средств для борьбы с кровотечением есть переливание крови, которое должно начинаться, как только замечено, что кровопотеря в последовом периоде превышает физиологическую.

Следует считать рациональным предложение Н. С. Бакшеева вводить заранее иглу в локтевую вену, когда предполагается возможность маточного кровотечения. Этим создается готовность для быстрого переливания крови и привлекается особое внимание акушера. К игле сразу присоединяют ампулу с физиологическим раствором, который капельно вводят роженице, а затем в случае необходимости подключают ампулу с кровью.

Переливание крови обычно начинают внутривенно, а при отсутствии эффекта проводят внутриартериальное переливание крови. Количество переливаемой крови должно быть индивидуальным, с учетом теряемой крови.

Исследования В. В. Бабука и В. П. Рудой показали, что введение хлористого кальция резко обескровленным животным вызывает фибрилляцию мышцы сердца и неминуемую смерть. Подобное действие может проявиться и после переливания полиглюкина. Так, по исследованиям Е. С. Золотокрылиной и С. С. Чистякова, после пятиминутной клинической смерти, вызванной кровопотерей животного, артериальное нагнетание полиглюкина не приносит пользы. Сердечная деятельность не восстанавливается, несмотря

на улучшение электрической активности миокарда. В то же время в ряде случаев развивается стойкая фибрилляция желудочков.

В последнее время при маточных кровотечениях рекомендуют вводить внутримышечно хлористый кобальт в виде 2% раствора, по 1,5—2,0 мл. Действие его весьма разностороннее, он усиливает и восстанавливает сократительную деятельность матки, потенцирует действие хинина, питуитрина, витамина В₁ и кальция. После внутримышечного введения кобальта ускоряется свертывание крови, уменьшается длительность кровотечения, повышается протромбиновый индекс, сокращается протромбиновое время.

По вопросу обезболивания при акушерских пособиях и операциях существуют разные взгляды. Самым подходящим видом наркоза следует признать интратрахеальный эфирно-кислородный. В то же время при таких вмешательствах, как ручное отделение последа, удаление последа по Креде — Лазаревичу, масочный эфирный наркоз не утратил своего значения.

В случае невозможности быстрой дачи наркоза В. А. Покровский допускает возможность ручного отделения плаценты после предварительного введения промедола или пантопона.

Не исключая местного обезболивания, Н. С. Бакшеев считает подходящим интратрахеальный наркоз.

По мнению К. Н. Жмакина, при третьей степени кровопотери — геморрагическом коллапсе операцию допустимо проводить только под местным обезболиванием. Выбор обезболивания при всех операциях должен быть индивидуальным, с учетом состояния больных и объема операций.

В случае сильного переутомления роженицы, в особенности при повышенной возбудимости, все вмешательства должны проводить только под общим наркозом, так как болевые раздражения способствуют развитию коллапса.

Следует иметь в виду, что маточные кровотечения гипотонического типа могут быть следствием эмболии околоплодными водами, нарушения свертывания крови, что вызывает тяжелое состояние, в особенности при быстром темпе кровопотери. В подобных случаях истинную причину кровотечения трудно распознать.

При малейшем сомнении задержки остатков плаценты в матке необходимо сделать ручное обследование матки с массажем на кулаке. Одновременно внутримышечно или внутривенно вводят питуитрин, назначают пузырь со льдом на низ живота, проводят массаж матки.

Если в течение 1—2 часов кровотечение не останавливается, следует считать более вероятным, что имеется нарушение свертывания крови, либо удалены не все остатки плаценты, а также не следует забывать и о возможности разрыва матки.

Для остановки кровотечения на почве гипо- и афибриногемии с успехом применяют фибриноген, протамин-сульфат и эpsilon-аминокапроновую кислоту.

Фибриноген готовят из крови доноров, он особенно оказывается эффективным в случае кровотечения при нарушении компонентов свертывания крови — гипо- и афибриногенемии. Этот препарат выпускают в порошке, перед введением растворяют его в дважды дистиллированной воде, вводят внутривенно медленно в количестве 3—5 доз на одно введение. Фибриноген действует непродолжительно, устраняя дефицит фибриногена крови, в то же время не оказывая существенного влияния на собственный фибринолиз. В наблюдаемых нами случаях, когда кровотечение было на почве гипо-афибриногенемии, одно-двукратное введение фибриногена обычно приводило к остановке кровотечения.

Второй препарат протамин-сульфат также во многих случаях оказывается эффективным при маточных кровотечениях в последовом периоде. Его применяют сравнительно недавно. Он инактивирует избыточное поступление в кровь гепарина, гепариноидов и тромбопластина.

Препарат выпускают в ампулах двух видов:

1. В виде 1% водного раствора, по 5 мл в ампуле; следовательно, в ампуле содержится 50 мг протамина. Его можно вводить внутривенно, причем содержимое ампулы вводят медленно, в течение двух и более минут. При внутривенном введении протамина немедленно связываются гепарин, гепариноиды и тромбопластин тещей крови.

Внутривенное введение можно повторять каждые 15 минут, но медленно, не менее двух минут.

2. 5% водный раствор солей протамина в пересчете на сульфат также выпускают в ампулах, его возможно вводить только внутримышечно. При таком введении создается депо, обеспечивается продолжительное действие препарата. Следует иметь в виду, что при быстром внутривенном введении протамина за счет освобождения гистамина может появиться зуд на лице, голове, на руках и ногах, который вскоре проходит. Для предупреждения побочного действия препарата можно вводить внутривенно вместе с физиологическим раствором по 100—150 мг протамин-сульфата на 500 мл физиологического раствора. Срочное применение указанного препарата при маточных кровотечениях оказывается весьма полезным, в особенности при гипо- и афибриногенемии.

Наконец большого внимания заслуживает эpsilon-аминокапроновая кислота, антифибринолитические свойства которой обнаружил Нельсон в 1957 г. Это белый кристаллический порошок, хорошо растворимый в воде, способствует процессу свертывания крови при кровотечениях, связанных с повышением фибринолитической активности крови. Купируя действие активаторов плазминогена и блокируя действие плазмина, он приводит к остановке кровотечения.

Препарат обычно назначают внутрь по 3 г, а в тяжелых случаях — до 8 г. Согласно инструкции Минздрава СССР, его дают

внутри из расчета до 0,1 г на 1 кг веса больной. Порошок запивают сладкой водой или растворяют его в сладкой воде и выпивают. При приеме внутрь концентрация препарата в крови нарастает в течение 1—2 часов.

При необходимости быстрого воздействия препарат вводят внутривенно, в виде стерильного 5% раствора на 100 мл физиологического раствора поваренной соли. Раствор вводят внутривенно, медленно, со скоростью 50—60 капель в 1 минуту. Вливание этого раствора можно сочетать с вливанием раствора глюкозы.

При остром фибринолизе, при котором резко падает содержание фибриногена в крови, введение аминокaproновой кислоты необходимо сочетать с применением фибриногена.

Кислота быстро выводится почками, в связи с чем в случае продолжающегося кровотечения следует повторить препарат — давать внутрь или повторно вводить внутривенно по 100 мл 5% раствора каждые 4 часа, до прекращения кровотечения.

После приема аминокaproновой кислоты могут наблюдаться головокружения, тошнота, легкий катар верхних дыхательных путей, что должно служить показанием для отмены назначения препарата либо уменьшения дозы до 10—15 г в сутки.

Противопоказанием для применения аминокaproновой кислоты является склонность к тромбозам и тромбоэмболическим заболеваниям, а также заболевание почек с нарушением их функции.

Указанный препарат находит применение не только при кровотечениях в последовом периоде, он применяется при дисфункциональных маточных кровотечениях на почве нарушения функции печени, а также при кровотечениях в зависимости от других причин.

В борьбе с маточными кровотечениями в родах большое значение имеет переливание свежечитратной крови, которая не лишена фибриногена.

При оказании помощи роженицам должна соблюдаться определенная последовательность мероприятий по остановке кровотечения и устранению его последствий.

При маточных кровотечениях в родах помощь должны оказывать в определенной последовательности без промедления.

При неотделившейся плаценте в первую очередь необходимо произвести ручное отделение ее с массажем матки на кулаке. Затем проводить наружный массаж матки, назначить пузырь со льдом на низ живота. Одновременно подкожно или внутривенно вводить питуитрин (1—2 мл) или окситоцин (3—5 ед.) на физиологическом растворе.

В случае снижения тонуса матки или быстрого темпа кровопотери необходимо ручное удаление остатков детского места с массажем матки на кулаке; при достаточно выраженном тонусе матки, при кровотечении в медленном темпе — инструментальное удаление остатков плаценты, причем только большой кюреткой.

Следует иметь в виду, что легче предупредить кровотечение в последовом периоде, чем бороться с его последствиями.

В случае предположения о возможности осложнения последового периода в конце второго периода родов необходимо начать переливание внутривенно физиологического раствора хлористого натрия, глюкозы или крови, что облегчает в последующем введение лекарственных веществ и крови.

Детское место и его остатки всегда следует удалять, не допуская большой кровопотери. Кровопотеря в 200—300 мл при нахождении последа в матке должна служить показанием для срочного вмешательства. Необходимо одновременно применять сокращающие матку средства (питуитрин, окситоцин, а также холод на низ живота).

Очень важно начать внутривенное переливание крови, продолжая его до полного возмещения кровопотери, а при необходимости следует произвести артериальное переливание крови.

Учитывая, что при кровотечениях в последовом и раннем послеродовом периодах нарушается свертывание крови, необходимо в случае продолжения кровотечения переливать свежую цитратную кровь, плазму, тромбоцитарную массу, фибриноген, а также применить протамин-сульфат, аминокaproновую кислоту. Указанные препараты желателно назначать с учетом лабораторных данных исследования свертывающих и антисвертывающих факторов крови.

Надо помнить, что каждую схему мероприятий при маточных кровотечениях нужно применять с учетом состояния роженицы, степени и темпа кровопотери. Необходимо своевременно применять комплекс средств для остановки кровопотери, вплоть до ампутации матки.

Нет ничего опаснее в родах, чем атоническое кровотечение, для борьбы с которым всегда должны быть: запас крови, резервные доноры, медикаментозные средства для усиления сокращений матки, нормализация свертывания крови, а также необходимые акушерские инструменты для осмотра шейки матки и наложения швов. В крайне тяжелых случаях следует быстро развернуть операционную для лапаротомии.

В каждом родильном учреждении должен быть освоен интратрахеальный наркоз.

Последовый период — это ответственный период для ведения родов. Предупреждение в нем маточных кровотечений и борьба с их последствиями составляет важную задачу.

В решениях XI Всесоюзного съезда акушеров-геникологов указаны главные направления профилактики и борьбы с маточными кровотечениями, а также с их последствиями. Всех женщин, имевших маточное кровотечение, нужно брать на особый учет, кроме того, вести учет и тех беременных, у которых предполагается маточное кровотечение и проводить профилактическое лечение им в жен-

ских консультациях, а при необходимости заблаговременно госпитализировать в учреждения родовспоможения. Иметь в виду, что особо опасные кровотечения бывают при длительной задержке мертвого плода в матке.

Подготовка беременных к родам с применением комплекса мероприятий по повышению иммунозащитных сил организма беременных, устранение родовых болей, своевременная квалифицированная помощь в родах будут способствовать устранению тяжелых кровопотерь в родах, что скажется благотворно на состоянии женщины-матери и ее ребенка.

akusher-lib.ru

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

Преждевременным отделением плаценты называют такое отделение, когда оно происходит во время беременности или в первом и втором периодах родов, т. е. при нахождении плода еще в полости матки.

При нормальном течении беременности и родов плацента отделяется от стенки матки только в третьем периоде родов. Сохранению связи плаценты со стенкой матки до третьего периода родов способствует хорошая приспособляемость плацентарной ткани (эластичность, губчатое строение) к различным изменениям маточной стенки.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты встречается в 0,1—0,5% ко всем родам. Надо полагать, что это осложнение встречается значительно чаще, но многие случаи легких клинических форм протекают со слабовыраженными симптомами и их не учитывают.

Отслойка плаценты чаще встречается у повторнородящих, особенно у многорожавших женщин, и тем чаще, чем больше было беременностей. Наиболее часто отслойка наступает в периоде раскрытия, изредка может быть в периоде изгнания и еще реже до наступления родов.

Преждевременная отслойка плаценты может быть вследствие различных причин, которые И. Ф. Жордания делит на предрасполагающие и непосредственно вызывающие.

К предрасполагающим причинам относят: а) изменения сосудистой системы материнского организма, что наблюдается при тяжелых формах токсикоза беременности (нефропатия и эклампсия), при хронических нефритах и хронических инфекциях (сифилис, туберкулез, малярия, хронический сепсис), при пороках сердца, гипертонической болезни, при тиреотоксикозах, при склонности беременной к тромбофлебитическим процессам; б) воспалительные и дегенеративные патологические процессы в матке и плаценте, что наблюдается при хронических метроэндометритах, при пороках развития матки, подслизистых фибромиомах матки, перенашивании беременности, при гипо- и авитаминозах (витамин С и Е); в) чрезмерное растяжение матки при многоплодной беременности, многоводии и крупном плоде.

К причинам, непосредственно вызывающим преждевременную отслойку плаценты, относят травмы: а) механические (падение, удар, грубые манипуляции при повороте плода, рвота, кашель, натуживание при дефекации, короткая пуповина, позднее вскрытие плодного пузыря, внезапное излитие вод при многоводии, быстрое рождение первого плода при двойнях, бурная родовая деятельность при быстрых и стремительных родах, судорожные схватки при угрожающем бандлевском разрыве матки; б) нервно-психические (испуг, нервное потрясение, возбуждение при coitus).

Нервно-психические воздействия приводят к сужению периферических сосудов и перемещению крови к органам брюшной полости и к матке. В результате быстрого изменения в наполнении кровеносных сосудов хрупкие их стенки легко разрываются.

При физиологическом течении родового акта обильной кровопотери при отделении плаценты не бывает, так как матка хорошо сокращается и сжимает вскрытые сосуды. При преждевременной отслойке плаценты, до рождения плода, матка не может сократиться и на участке отслоившейся плаценты из вскрытых сосудов кровь изливается между плацентой и стенкой матки, образуя ретроплацентарную гематому. В дальнейшем, если отделение плаценты на небольшом участке (1—2 кателидона) прекращается, то образуется сгусток крови небольших размеров, после удаления которого на плаценте видно вдавление.

Сгустки крови на плаценте при преждевременной ее отслойке бывают различного цвета и различной плотности. Если они недавнего происхождения, то обычно красного или черно-красного цвета; если прошло значительное время после кровоизлияния, сгустки становятся коричневого или грязно-серого цвета. Ложе их на плаценте в таких случаях имеет вид тарелкообразного вдавления. Затем кровяные сгустки постепенно рассасываются и на месте отслойки образуются инфаркты и отложения солей, которые обнаруживаются при осмотре плаценты. Иногда кровь пробивает себе путь между оболочками плодного пузыря и стенкой матки. В других случаях нарастающая гематома приводит к еще большему отслоению плаценты, увеличивая число вскрытых сосудов и ускоряя нарастание гематомы. Если периферия плаценты прочно связана с маткой и кровь не может найти себе выхода, гематома, нарастая, выпячивает плодовую поверхность детского места, повышая внутриматочное давление. Иногда нарушается целостность плодных оболочек, и кровь из ретроплацентарной гематомы проникает в полость плодного пузыря, еще более повышая внутриматочное давление и напряжение плодного пузыря, так как объем содержимого плодного пузыря увеличивается (околоплодные воды + кровь). Матка равномерно увеличивается. Стенки ее перерастягиваются. Если кровь не находит себе выхода во влагалище или в полость плодного пузыря, гематома быстро увеличивается, давя на перерастянутую стенку матки в области плацентарной площадки, в которой могут образоваться тре-

щины. Отсюда кровь проникает в мышечный слой матки, вплоть до серозного покрова. В тяжелых случаях, при перерастяжении серозной оболочки с образованием трещин в последней, кровь проникает в свободную брюшную полость. Развивается картина острой кровопотери, хотя наружного кровотечения нет.

В тяжелых случаях отслойки плаценты наблюдаются кровоизлияния во всех половых органах: в стенках матки, в стенках труб, в строме яичников, в клетчатке широких связок. Иногда пропитывание кровью стенок матки настолько распространено, что вся матка приобретает насыщенно красный цвет. Такие обширные кровоизлияния в половой сфере К. Couvelarie назвал «маточно-плацентарной апоплексией» (рис. 56). Причинами таких апоплексий являются перерастяжение матки, а главное — глубокие патологические изменения функционального состояния сосудистой системы всего организма и в том числе маточно-плацентарных сосудов, обусловленные общим заболеванием беременной.

При отслойке плаценты наблюдаются глубокие структурные изменения ее: на фоне позднего токсикоза беременности обнаружены дистрофические изменения в сосудах децидуальной оболочки и трабекул, характеризующиеся повышением проницаемости их стенок с плазморрагиями и последующим склерозом.

В случае если отслойке предшествовал воспалительный процесс, изменения в кровеносных сосудах децидуальной оболочки и ворсин носят характер продуктивно-деструктивного васкулита с повышением проницаемости стенок сосудов.

Преждевременная отслойка плаценты нередко бывает при переносной беременности, тогда имеются признаки чрезмерного «старения» плаценты, характеризующиеся разрастанием соединительной ткани в децидуальной оболочке, трабекулах и ворсинах, с крупными очагами обызвествления.

Следовательно, в большинстве случаев преобладают изменения со стороны кровеносных сосудов, в результате которых в плаценте вторично возникают дистрофические и некротические изменения, связь между плацентой и стенкой матки становится ме-

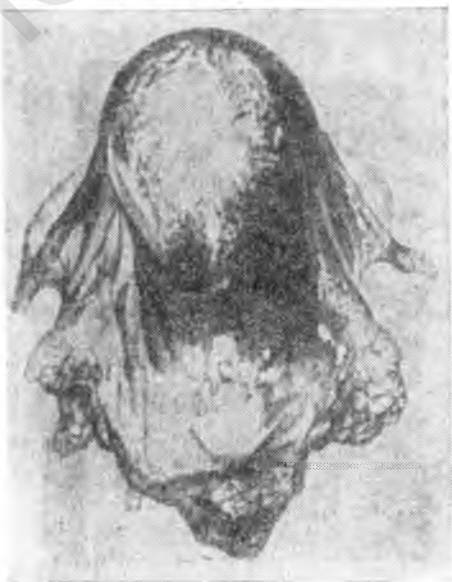


Рис. 56. Субсерозные кровоизлияния на матке при маточно-плацентарной апоплексии «матка Кувеллера».

нее прочной и легко нарушается, что и приводит к преждевременному отделению плаценты.

Преждевременная отслойка плаценты может встречаться вследствие общих заболеваний беременной, и в случае смерти рожениц на вскрытии обнаруживаются поражения многих внутренних органов печени и почек.

При гистологическом исследовании видны тяжелые поражения печеночных клеток и эпителия канальцев почек.

По клинической картине принято различать три формы преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты: легкую, средней тяжести и тяжелую. По З. С. Шуневой (1960), легкая форма встречается у 42,5%, умеренно выраженные проявления — у 72% и тяжелая форма — у 30,5% рожениц.

Тяжесть состояния больных зависит от площади отслоившейся плаценты, количества теряемой крови, быстроты кровопотери, реактивности организма беременной на кровопотерю и аноксию, срока беременности и периода родов, в котором произошла отслойка. Легкие формы отслойки наблюдаются при короткой пуповине, более тяжелое клиническое течение бывает при нефропатии, нефритах и авитаминозе С. Особенно тяжелое состояние больных наступает при отслойке плаценты во время беременности при закрытом зеве и отсутствии наружного кровотечения.

Умеренно выраженная клиническая картина отслойки плаценты характеризуется появлением небольших болей в животе, соответственно месту отслоившейся плаценты, и болезненностью при пальпации данной области. Тонус матки несколько повышен. Наружное кровотечение может быть или отсутствовать. Общее состояние беременной не нарушается, если отслойка не переходит в тяжелую форму.

Ведущими симптомами являются: кровотечение, боли, а также изменения состояния матки (напряжение, асимметрия, болезненность) и развитие шока. В тяжелых случаях эти симптомы настолько выражены, что диагноз устанавливают без затруднений.

Кровотечение при отслойке плаценты может быть внутренним, наружным или смешанным. При внутреннем кровотечении наряду с анемией выступают явления шока. Начавшись как внутреннее, кровотечение может таким и остаться, если связь по периферии между плацентой и стенкой матки остается прочной (рис. 57,а). В других случаях кровь отслаивает плодные оболочки от стенки матки и выделяется наружу (рис. 57,б) или при нарушении целостности плодных оболочек изливается в полость плодного пузыря. Наконец, если отслойка произошла на периферии плаценты, кровотечение будет только наружным (рис. 57,в).

Цвет крови зависит от того, когда началось кровотечение, и бывает: алой, темной или бесцветной — серознокровянистой (такие выделения иногда принимают за околоплодные воды).

Симптомом отслойки плаценты являются и боли. Они зависят

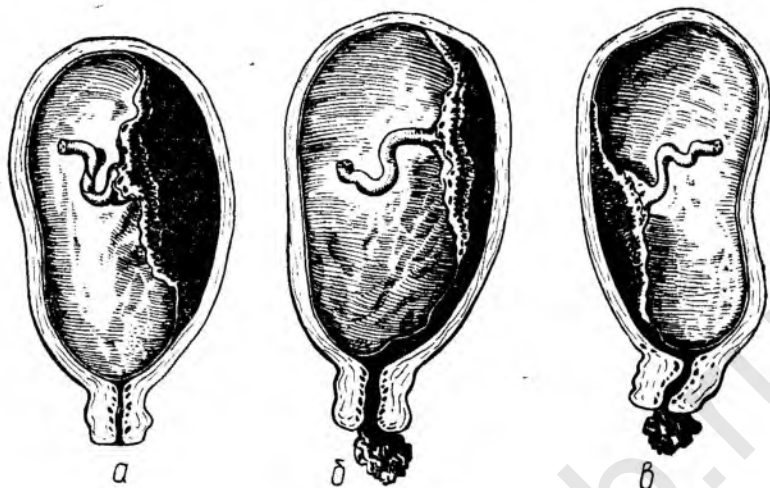


Рис. 57. Отслойка плаценты:
 а — ретроплацентарная гематома; б — внутреннее и наружное кровотечения;
 в — наружное кровотечение.

от растяжения матки, ее брюшинного покрова и бывают такими же сильными, как при угрожающем разрыве матки; особенно они выражены при внутреннем кровотечении. В ряде случаев небольшая частичная отслойка плаценты протекает без выраженных клинических проявлений и обнаруживается лишь после родов, на основании данных осмотра плаценты (участок вдавления с наличием фиксированного темного сгустка крови).

Отслойка значительной части плаценты начинается внезапно, появлением сильных болей в животе, нарастанием острого малокровия, появлением шока (похолодание конечностей, прострация, холодный пот), вздутием живота, тошнотой, рвотой, увеличением размеров матки и напряжением ее. Матка плотной консистенции, резко болезненная, прикосновение к ней усиливает боли.

Это особенно бывает выражено при отслойке плаценты у больных с токсикозом беременности. Определить положение и членорасположение плода невозможно. Сердцебиение плода не прослушивается, так как плод быстро погибает. Отмечается неровность стенки матки (выпячивание в области отслойки плаценты, рис. 58), но ее определить можно только, если плацента прикреплена не на передней стенке матки. При расположении ретроплацентарной гематомы на задней стенке матки больная не может лежать на спине, характерная поза больной — на боку, с подтянутыми к животу ногами (рис. 59).

И. С. Легенченко различает три вида отслойки плаценты: с образованием ретроплацентарной гематомы, резко болезненным

выпячиванием стенки матки (ассиметрия матки); с кровотечением в полость плодного пузыря (матка растянута равномерно, напряжена, болезненна); с наружным кровотечением.

Наиболее тяжелая клиническая картина наблюдается в случае образования ретроплацентарной гематомы.

При открытом зеве определяется напряженный плодный пузырь. Наружное кровотечение отсутствует или менее выражено, чем внутреннее. Отмечается бледность кожных покровов, пульс вначале замедлен и удовлетворительного наполнения (вследствие раздражения блуждающего нерва перерастянутой маткой), но вскоре пульс учащается, становится легко сжимающимся, слабого наполнения, падает артериальное давление. При оценке состояния больной следует учитывать то обстоятельство, что преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты часто происходит при позднем токсикозе или гипертонической болезни и, следовательно, артериальное давление, снизившись, может оставаться в пределах нормы. Это не должно успокаивать акушера.

Больная вначале возбуждена, стонет, мечется от боли, затем безразлична ко всему окружающему и, если своевременно не будет оказана медицинская помощь, постепенно теряет сознание, затем наступают бред, судороги, произвольные испражнения, кома и смерть.

При родах с поперечным и косым положением плода, высоком стоянии предлежащей части, многоплодии, если имеется достаточное раскрытие маточного зева и плодный пузырь вскрыт, иногда может наблюдаться выпадение плаценты раньше рождения плода (*Prolapsus placentae*). При этом плод быстро погибает. Выпадение плаценты создает угрозу гипотонического кровотечения, поэтому сразу же после извлечения плода необходимо принять меры к профилактике кровотечения.

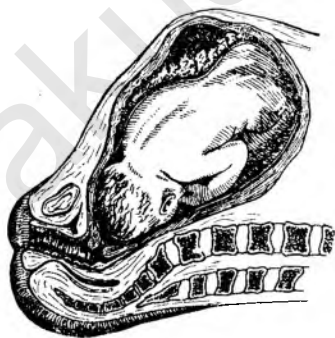


Рис. 58. Ретроплацентарная гематома с выпячиванием передней стенки матки.



Рис. 59. Ретроплацентарная гематома на задней стенке матки.

Диагноз преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты устанавливают на основании анамнеза и характерной клинической картины: наличие в анамнезе предрасполагающих отслойку причин, внезапное появление боли в животе, вздутие живота, увеличение объема матки, асимметрия, напряжение и резкая болезненность ее, явления нарастающей анемии и абдоминального шока, отсутствие сердцебиения плода. При влагалищном исследовании — характерная клиническая картина для тяжелой формы отслойки нормально расположенной плаценты: кровянистые выделения (не всегда), напряженный плодный пузырь вне схватки.

Диагноз подтверждается, когда рождается плод и вслед за ним тут же выделяется послед с большим количеством сгустков крови.

Однако следует помнить, что это осложнение может смешиваться с другими видами патологии: разрывами матки, селезенки, плододвместилища при внематочной беременности поздних сроков, мешотчатой опухоли трубы или яичника у беременной или роженицы, прободением язвы желудка, острой непроходимостью кишечника, калькулезным холециститом, острым панкреатитом, острым аппендицитом, перекрутом кисты яичника, перитонитом.

Отслойка плаценты на небольшом участке, сопровождающаяся наружным кровотечением, может смешиваться с предлежанием плаценты. Причиной кровотечения в том и другом случае является отделение плаценты от стенки матки, но для предлежания характерно наружное кровотечение, а при отслойке преобладает внутреннее кровотечение. Если же имеется умеренное и наружное кровотечение, то оно не соответствует тяжести кровопотери. При предлежании плаценты кровотечение появляется преимущественно в поздние сроки беременности, как правило, рецидивирует, возобновляясь и усиливаясь с началом родовой деятельности, развитие анемии соответствует силе кровотечения. Кроме того, при предлежании плаценты матка нормальной консистенции, расслаблена вне схватки, части плода хорошо определяются, боли вне схватки и симптом раздражения брюшины отсутствуют.

Таким образом, в тяжелых случаях предлежания плаценты ведущими симптомами являются наружное кровотечение, быстро развивающаяся анемия, падение сердечной деятельности (коллапс); в тяжелых случаях преждевременной отслойки плаценты — внутриматочное кровотечение, острая анемия и абдоминальный шок, а также появление ранних симптомов страдания и гибели плода. Если имеется предлежание плаценты, при влагалищном исследовании определяется плацента в области внутреннего маточного зева или утолщение и шероховатость плодных оболочек — признак близости края ее.

Кровотечение может быть и вследствие другой патологии. Так, при неясной причине наружного кровотечения во время беременности необходимо тщательно осмотреть влагалище, шейку матки в зеркалах для исключения опухоли, травмы родовых путей, разры-

ва варикозных узлов. При осмотре необходимо обратить внимание на состояние шейки матки, ее канала, так как кровотечение может быть при раке цервикального канала и эндофитной форме рака шейки матки, при которых наружный зев в начальных стадиях не изменен.

Острое начало заболевания, боли в животе, тяжелая клиническая картина с перитонеальными явлениями шока могут наблюдаться при разрыве матки. Однако при разрыве нет ясных контуров напряженной матки, удается пальпировать части плода. Матка неправильной формы. Если плод вышел из матки в брюшную полость, то и живот приобретает неправильную форму, части плода определяются непосредственно под брюшной стенкой. Вслед за разрывом прекращаются схватки, определяется свободная жидкость в брюшной полости. Иногда во время беременности бывает трудно отличить разрыв матки от преждевременной отслойки плаценты, тогда вопрос о диагнозе решается на операционном столе, операция показана в том и другом случае.

Л е ч е н и е должно быть строго индивидуальным. Выбор метода лечения зависит от характера клинической картины, от степени подготовленности родовых путей. Основное в лечении — это быстрейшее опорожнение матки, борьба с острой анемией и шоком.

Если отслойка небольшая до начала родовой деятельности, не сопровождается выраженным кровотечением, ухудшением состояния беременной и внутриутробного плода, можно ограничиться назначением строгого постельного режима, прогестерона, опия, глюкозы с аскорбиновой кислотой, викасола и наблюдением.

При легком клиническом течении отслойки достаточно ограничиться строгим наблюдением за общим состоянием больной с одновременным применением лечебных мероприятий для быстрейшего завершения родов (вскрытие плодного пузыря, наложение кожно-головных щипцов) и профилактики внутриутробной асфиксии плода. Далее, в зависимости от состояния роженицы и внутриутробного плода, роды могут закончиться самопроизвольно или с помощью акушерских пособий (перинеотомия, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов, извлечение плода за тазовый конец или перфорация головки на мертвом плоде).

У больных с тяжелым клиническим течением отслойки, при неподготовленных родовых путях единственно правильным методом родоразрешения является кесарево сечение. При кесаревом сечении следует осмотреть всю матку, если она пропитана кровью, — вплоть до серозной оболочки (имеются трещины серозной оболочки, кровь в брюшной полости), если матка дряблая, с наклоном к гипотоническому кровотечению, следует произвести надвлагалищную ампутацию матки. Оставление матки при указанных изменениях угрожает атонией после операции и возникновением тяжелых послеродовых заболеваний.

При определении показаний к надвлагалищной ампутации мат-

ки необходимо учитывать степень геморрагической имбибии маточной стенки, продолжительность времени от момента отслойки до родоразрешения, терапевтическую эффективность окситоических средств, применяемых для усиления сократительной способности матки. С целью проверки сократительной функции матки во время операции можно ввести внутривенно окситоцин и при хорошей сократимости матки ограничиться кесаревым сечением; в случае плохой ее сократимости — произвести надвлагалищную ампутацию матки. Во всех тяжелых случаях Г. Г. Гентер рекомендует удалять матку вместе с плодом, что следует считать вполне обоснованным. При отслойке последа обычно наступает тяжелое состояние больной, и тогда в процессе подготовки к операции необходимо вывести больную из шока — перелить кровь, противошоковую жидкость, глюкозу, ввести наркотики, сердечные средства, согреть больную. Поскольку при этом осложнении нередко появляется нарушение свертывания крови, необходимо срочно исследовать факторы свертывания крови и при наличии гипофибриногемии перелить свежцитратную кровь, плазму, фибриноген, протамин-сульфат, эпсилон-аминокапроновую кислоту.

При небольшой отслойке плаценты и малой кровопотере возможно ограничиться: бережным, консервативным родоразрешением, которое заключается во вскрытии плодного пузыря, терапевтический эффект которого достигается уменьшением растяжения матки, приобретением ею необходимого тонуса и нормализацией сократительной деятельности; внутривенным капельным введением окситоина (1 мл) с 5% раствором глюкозы; наложением кожно-головных щипцов; низведением ножки и подвешиванием к ней груза в 300—400 г. Если шейка сглажена, но зев мало открыт (1—2 поперечных пальца), можно ввести в предпузырную клетчатку 60 мл 0,5% раствора новокаина (по И. С. Легенченко), через 5—7 минут произвести пальцевое расширение шейки матки и вскрытие плодного пузыря, краниотомию на мертвом плоде.

При родоразрешении через естественные родовые пути после извлечения плода производят ручное удаление последа и обследование полости матки с целью исключения нарушения целостности ее и удаления сгустков крови, а также остатков плацентарной ткани. В случае кровотечения можно положить клеммы на шейку матки по Тавхелидзе.

В профилактических целях атонического кровотечения в раннем послеродовом периоде необходимо ввести окситоцин, эрготомин.

Борьба с кровотечением и развившейся анемией требует широкого использования переливания крови при отслойке плаценты как в целях компенсации кровопотери, так и для повышения защитных сил организма больной. Последнее особенно важно, если учесть частоту послеродовых инфекционных заболеваний у больных с отслойкой плаценты. С этой целью целесообразно сочетание переливаний

крови с общеукрепляющими мероприятиями и применением антибиотиков.

Однако необходимо подчеркнуть, что, ограничивая показания к кесареву сечению, оперативное родоразрешение следует считать неизбежным: при тяжелых клинических формах отслойки у беременных, при тяжелых формах отслойки у рожениц, с образованием ретроплацентарной гематомы и выпячиванием стенки матки.

Преждевременная отслойка последа дает тяжелые осложнения. Материнская смертность составляет 6—8%. Общая детская смертность, по разным авторам, колеблется от 30 до 90%. Для матери опасна кровопотеря и шок, для плода — асфиксия. Плод погибает вследствие нарушения маточно-плацентарного кровообращения, если отслойка захватила более 1/3 материнской поверхности плаценты. Прогноз хуже, если отслойка произошла на почве токсикоза II половины беременности или при внутреннем кровотечении. Чем большая отслойка, тем больше кровопотеря и тем слабее защитные силы организма беременной.

Материнская смертность нередко бывает вследствие поздней госпитализации, несвоевременно оказанной помощи и ошибок в диагностике.

При преждевременной отслойке последа рано наступает нарушение свертывания крови в связи с понижением фибриногена. Плазма крови здоровой женщины во время беременности содержит 200—400 мг % фибриногена. Нарушение свертывания крови наблюдается при снижении фибриногена до 100 мг%. Опасная степень дефибринизации крови может быть уже через час после отслойки плаценты. Уровень фибриногена после родоразрешения восстанавливается до нормы лишь через 6—12 часов. Резкое снижение фибриногена в крови объясняется тем, что в ретроплацентарной гематоме и децидуальной оболочке образуется фермент тромбопластин, который разрушает фибриноген крови.

В связи с понижением свертывания крови, нарушением сократительной способности матки у больных с преждевременной отслойкой плаценты часто наблюдаются ранние послеродовые кровотечения (от 11,5 до 40%), и нередко причиной смерти матерей бывает острая анемия от кровотечения в первые часы после родоразрешения.

Наиболее тяжелые послеродовые кровотечения при отслойке плаценты бывают у больных с токсикозом II половины беременности, а также при имбибии матки кровью. Вот почему при преждевременной отслойке плаценты необходимо внимательное наблюдение за состоянием женщины в первые часы после родов, тщательное наблюдение за состоянием матки и количеством выделяющейся из нее крови.

Вследствие ослабленной сопротивляемости организма, в связи с развивающейся анемией на почве кровотечений у больных с отслойкой плаценты наблюдается высокая послеродовая заболеваемость

Иногда встречаются тромбозы, нередко развивается септическая инфекция.

Профилактика преждевременной отслойки плаценты состоит в предупреждении, своевременной диагностике и лечении позднего токсикоза беременности, выявлении и лечении беременных с заболеванием почек, сердечно-сосудистой системы и крови; в предупреждении и лечении воспалительных заболеваний половой сферы, инфекционных заболеваний, особенно хронической инфекции; в ограждении беременной от всякой травмы, физической и психической.

Необходимо также рациональное ведение беременности (режим труда, отдыха и сна, витаминизация в зимнее и весеннее время, комплекс физиопсихопрофилактической подготовки к родам и родов (регуляция бурной и дискоординированной родовой деятельности, своевременное вскрытие плодного пузыря и прочие мероприятия).

akusher-lib.ru

Предлежанием плаценты, или детского места (*Placenta praevia*), называется аномалия расположения плаценты, когда та или иная часть ее находится в области внутреннего маточного зева и при влагалищном исследовании обнаруживают, что впереди предлежащей части плода отверстие внутреннего зева в той или иной степени перекрыто дольками плаценты.

Частота предлежания плаценты по отношению к общему числу родов колеблется от 0,2 до 0,9%. Эта патология чаще встречается у повторнобеременных женщин, особенно после перенесенных ранее аборт и послеродовых заболеваний.

Всякого рода воспалительные изменения в слизистой оболочке матки, делающие ее неспособной к нормальной реакции, травмирующие слизистую оболочку, после чего не наступает восстановление ее до нормы, ведут к понижению чувствительности интерорецепции ее и этим нарушают процесс прivityтия оплодотворенного яйца в верхнем отделе полости матки. Гипоплазия матки, нарушение питания слизистой оболочки у пожилых первородящих — все это причины, предрасполагающие к неправильному прикреплению плаценты.

Предлежание плаценты может возникнуть в результате прикрепления оплодотворенного яйца в отпадающей оболочке, которая выстилает полость нижнего отдела матки. При прикреплении и развитии плодного яйца вблизи внутреннего зева образуется так называемое первичное предлежание плаценты. В других случаях прикрепление и развитие плодного яйца происходит в области тела матки, но при дальнейшем разрастании плацента переходит в область перешейка и достигает внутреннего зева, прикрывая его в той или иной степени. Таким образом, возникает вторичное предлежание плаценты.

Различают несколько видов предлежания плаценты в зависимости от того, насколько прикрыт плацентой внутренний зев. Если внутренний зев полностью перекрыт дольками плаценты, то говорят о полном предлежании (*pl. praeviatotalis*), если же наряду с плацентой находят оболочки, — говорят о частичном, или неполном, пред-

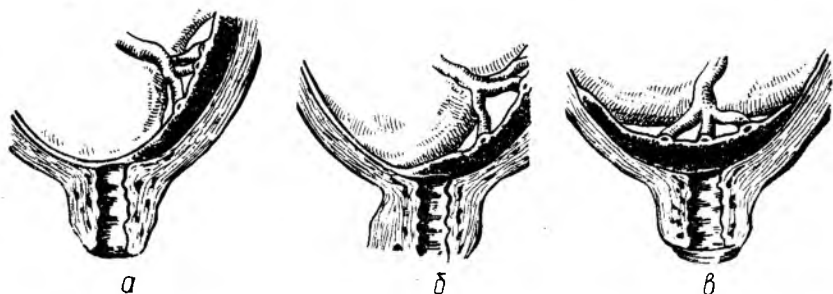


Рис. 60. Виды предлежания плаценты:
а — краевое; б — боковое; в — центральное.

лежании детского места (pl. praevia partialis). Большинство акушеров придерживается разделения в определении предлежания плаценты (рис. 60) на центральное (pl. praevia centralis), боковое (pl. praevia lateralis) и краевое (pl. praevia marginalis).

Центральным предлежанием обозначают такое состояние, когда внутренний зев полностью перекрыт дольками плаценты, плодные оболочки при влагалищном исследовании и открытии зева на два и больше пальцев в пределах зева нельзя пропальпировать. При боковом предлежании плаценты предлежат части одной или двух долек плаценты и во время влагалищного исследования в пределах зева можно определить рядом с дольками плаценты и плодные оболочки. Если нижний край плаценты находится у краев внутреннего зева, не заходя за них, а в пределах зева находятся только оболочки, это будет краевое предлежание плаценты.

В норме плацента далеко отстоит от внутреннего зева шейки матки. Если же она хотя бы некоторой частью располагается ближе чем на 7 см от внутреннего зева, то такое состояние называют низким прикреплением плаценты. Плацентарная площадка расположена в нижнем сегменте матки, который ретрагирует и расширяется во время родов, что также вызывает кровотечение. В редких случаях наблюдается врастание края плаценты в шейный канал (pl. cervicalis), что является тяжелейшим осложнением во время беременности и родов. Выяснение вопроса о степени предлежания возможно при открытии маточного зева на 2—3 поперечных пальца. А о центральном предлежании плаценты можно говорить при любом открытии, если в области внутреннего зева везде определяется плацентарная ткань; хотя это будет неточное определение степени предлежания плаценты, но с практической точки зрения такое состояние следует считать центральным предлежанием.

Наиболее характерным симптомом предлежания плаценты является кровотечение, которое часто наблюдается как в последние месяцы беременности (обычно в последние 2—3 недели), так и непременно во время родового акта. Иногда кровотечение при предлежании

плаценты появляется рано, чаще всего без всякой видимой причины (во время отдыха, ночью во время сна), а в некоторых случаях — при небольшом напряжении или сотрясении, падении, coitus'e и т. д. Неожиданно появившись во время беременности, кровотечение сразу может и прекратиться.

Характер кровотечения чаще всего зависит от вида предлежания. При центральном предлежании детского места кровотечение бывает обильным и чаще повторяется, лишь в редких случаях при полном предлежании кровотечения во время беременности может и не быть. При частичном (боковом и краевом) предлежании плаценты кровотечение обычно бывает менее обильным во время беременности, но с появлением родовой деятельности оно или возобновляется, или усиливается. В некоторых случаях при частичном предлежании детского места кровотечение начинается с появлением родовой деятельности. Однако следует отметить, что такое соответствие между видом предлежания и интенсивностью кровотечения бывает не всегда. По мере ретракции мышц нижнего сегмента матки и поднятия ретракционного кольца кверху в норме происходит скольжение мышц матки по плодному яйцу. При предлежании плаценты происходит отслойка ненормально расположенной плаценты от стенки матки (ворсинки теряют связь со стенкой матки, вырываются из decidua serotinae). Источником кровотечения служат материнские сосуды. Теряемая кровь всегда принадлежит матери, за исключением редких случаев, когда с отслойкой детского места одновременно почему-либо происходит и его повреждение, что может привести к потере крови плода. Имеются сообщения ряда авторов о том, что кровь, выделяющаяся при патологии последа, содержит некоторое количество крови плода, указывающее на повреждение плодовых сосудов последа. При небольшом повреждении сосудов плаценты количество теряемой плодом крови не превышает 3—4 мл на 100 мл материнской крови и не всегда обуславливает анемию и внутриутробную асфиксию новорожденного (V. M. Bromberg, M. Salzberg, A. Agahamov, 1957).

Появившись внезапно, без видимой причины и в небольшом количестве, кровотечение останавливается через некоторое время, в результате прекращения растяжения стенки матки и тромбирования сосудов. Если первое кровотечение чаще всего бывает незначительным, то повторное может быть сильным. Иногда кровотечение может быть с самого начала очень значительным, смертельным, даже при небольшом предлежании плаценты, и, наоборот, при повторных кровотечениях во время родов смертельного исхода может и не быть.

Роды не всегда наступают вслед за кровотечением, кровотечение во время беременности повторяется несколько раз, прежде чем начнутся хорошие родовые схватки.

Существует взгляд, что появление кровотечения во время беременности связано с наступлением родовой деятельности, и этим

объясняют большой процент преждевременного прерывания беременности. Высказывается и другое мнение, что, наоборот, кровотечение способствует появлению сокращений матки. Появление кровотечения в ранние сроки беременности при предлежании плаценты может сопровождаться выкидышем, при появлении же кровотечения в последние 3 месяца беременности нередко наступают преждевременные роды. Последние бывают часто при этой патологии; преждевременные роды встречаются в 50—83% всех беременностей с предлежанием плаценты.

При предлежании детского места нередко наблюдаются неправильные положения плода. Предлежащая плацента мешает вставлению предлежащей головки или тазового конца плода, которые отклоняются в сторону. Вследствие этого возникают неправильные вставления головки, тазовые предлежания, поперечные и косые положения плода.

Снижение тонуса матки с перерастяжением брюшной стенки у многорожавших женщин, а также последствия перенесенных послеродовых инфекций могут служить причиной неправильного положения плода. Преждевременное начало родовой деятельности, преждевременные роды, когда плод остается особенно подвижным, могут способствовать образованию неправильного положения.

Слабость родовой деятельности является одним из важных симптомов предлежания плаценты. Плоский пузырь или его отсутствие приводит к удлинению периода раскрытия зева, отсутствие предлежащей части или ее высокое стояние над входом в таз является одним из моментов, ведущих к слабости родовой деятельности. Снижение тонуса мускулатуры матки, патологическое изменение ее в результате перенесенных заболеваний — все это предпосылки к развитию слабой родовой деятельности. По мере продвижения предлежащей части кровотечение обычно останавливается. Однако и после этого при предлежании детского места возможность дальнейших осложнений не исключается. В периоде изгнания, особенно при активном вмешательстве, всегда имеется опасность разрыва шейки матки, которая при этой патологии бывает разрыхленной и истонченной.

После изгнания плода нередко в третьем периоде родов может возникнуть сильнейшее кровотечение в результате плохого сокращения мускулатуры матки. Это объясняется анатомическими особенностями строения нижнего сегмента матки и способностью ворсин внедряться глубоко в подлежащую ткань. Отсюда понятна чрезмерная кровоточивость, а также встречающиеся затруднения при отделении предлежащей плаценты.

Учитывая предыдущие кровотечения и возможность повторения его, следует произвести ручное удаление последа после рождения ребенка. Самое опасное для женщины кровотечение может наступить не только сразу после родов, оно может быть через многие часы и даже сутки.

Тяжелым осложнением предлежания плаценты может быть попадание воздуха в зияющие плацентарные сосуды, в результате чего наступает смерть от воздушной эмболии, на это указывает ряд авторов (Л. С. Персианинов, И. И. Яковлев и др.).

После кровопотери защитные силы организма снижаются, что облегчает развитие и распространение инфекции у обескровленных женщин. При предлежании плаценты, когда нижний отрезок матки представляет собой как бы губчатую ткань с прекрасным питательным материалом для микробов — кровяными сгустками, — условия для внедрения инфекции особенно благоприятны. Отсюда вывод — самое строгое соблюдение правил асептики и антисептики является необходимым условием благоприятного исхода родов и послеродового периода.

Каждое влагалищное исследование и соответствующее терапевтическое вмешательство, а в большинстве родов приходится вмешиваться иногда неоднократно, способствует проникновению инфекции по направлению к плаценте. Послеродовая заболеваемость в 3—4 раза большая, чем при неосложненной беременности.

В результате кровотечения во время беременности и во время родов, вызванного прогрессирующей отслойкой детского места при его предлежании, плод подвергается кислородному голоданию. Внутритрубная асфиксия плода наступает как следствие уменьшения дыхательной поверхности плаценты в результате ее отслойки и выключения значительной части сосудов из маточно-плацентарной системы кровообращения. Внешне это выражается изменением сердцебиения плода (оно становится глухим, аритмичным, ускоряется, а затем замедляется и наконец исчезает при гибели плода).

Диагностика предлежания плаценты еще задолго до родов и в начале родов вполне возможна при учете всех симптомов этой тяжелой патологии. Появление кровотечения во II половине беременности, в конце ее или в самом начале родового акта, особенно повторяющегося, наводит врача на мысль об осложнении беременности, связанном с предлежанием или преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. Эрозии, полипы и рак шейки матки, опухоль влагалища и разрыв варикозного узла, травматические повреждения могут также сопровождаться кровотечением. И если у беременной женщины наблюдается кровотечение, всегда необходимо произвести осмотр в зеркалах влагалища и шейки матки, что позволит исключить кольпит, полипы и рак шейки матки, опухоль влагалища, разрыв варикозного узла, а также и травматические повреждения, на которые в анамнезе может не быть указаний. Но следует помнить, что при подозрении на предлежание плаценты надо быть очень осторожным при влагалищном исследовании и особенно при введении зеркал и осмотре шейки матки, так как во время этих манипуляций может начаться или резко усиливаться кровотечение, требующее срочного оперативного вмешательства для спасения жизни женщине.

Предлежание плаценты приходится дифференцировать с пузырьным заносом, но кровотечение при нем чаще наблюдается в I половине беременности, и матка при этом имеет более эластичную консистенцию. К тому же если вместе с кровью из матки отмечается выделение пузырьков, то диагноз пузырьного заноса становится ясным.

При отслойке нормально расположенной плаценты кровотечение будет постоянным и кровь более темного цвета, а при предлежании плаценты кровотечение повторяется периодически, кровь алого цвета. При отслойке нормально расположенного детского места преобладает картина внутреннего кровотечения, матка увеличена с выпячиванием одной из стенок, болезненна, напряжена. Плод терпит асфиксию или погибает, части его плохо определяются, беременная отмечает резкие боли в животе, наблюдается рвота, развиваются явления коллапса или шока. Это наблюдается при типичной картине. При менее выраженных симптомах детальное исследование, с учетом совокупности всех данных анамнеза и осмотра, позволяет избежать ошибки в диагнозе и в этом случае.

Кровотечение в родах может быть и при разрыве сосудов при плевистом прикреплении пуповины, при прохождении их по оболочкам. Повреждение сосудов происходит при разрыве оболочек, после чего только и начинается кровотечение, а при предлежании плаценты кровотечение начинается до отхождения вод и прекращается или уменьшается после разрыва плодного пузыря. Плод при разрыве сосудов гибнет даже при незначительной кровопотере.

Начавшийся или совершившийся разрыв матки, протекающий типично, имеет ярко выраженную симптоматику и его легко распознать. Более возможным является неправильный диагноз при атипичном разрыве матки, происходящем во время беременности или в самом начале родов при целых водах. В установлении диагноза разрыва матки помогает анамнез, указывающий на неполноценность маточной стенки (кесарево сечение, перфорация при абортax и др.), боли в области рубца на матке, появление головокружения, тошноты, рвоты и болей в подложечной области. Наружное кровотечение при разрыве матки обычно незначительное, преимущественно наблюдаются явления шока и внутреннего кровотечения, плод погибает сразу после разрыва. Наружное и внутреннее исследование позволяет уточнить диагноз разрыва матки.

При несостоявшемся выкидыше или родах могут иметь место незначительные кровянистые выделения, но анамнез, отсутствие сердцебиения плода, несоответствие размеров матки сроку беременности, биологическая реакция на беременность дают возможность поставить правильный диагноз.

Иногда и при нормальных родах в периоде раскрытия бывают кровотечения вследствие разрыва шейки матки. Кровотечение при них, однако, никогда не достигает такой силы, как при предлежании плаценты.

Для диагностики предлежания детского места необходимо

наблюдение и изучение каждого случая в отдельности с момента появления первого кровотечения до полного окончания родов и осмотра родившегося последа.

Наружное исследование обычно выявляет подвижность предлежащей части, высокое ее стояние над входом в таз. Предлежащая часть бывает несколько смещена вперед, выступает над лоном, контуры ее неясны, при смещении ее кзади, в сторону мыса, появляется ощущение сопротивления.

Для определения местоположения плаценты у беременных и рожениц можно использовать аускультацию сердцебиения плода. В отдельных участках матки не удастся выслушать сердцебиение плода. Затухание звуковых колебаний выражено в тех участках матки, где прикреплена плацента. Плацента—мощный барьер, препятствующий проникновению звуковых колебаний, источником которых является сердце плода (М. Я. Мартыншин). При расположении плаценты в нижнем маточном сегменте может выслушиваться «шум последа».

Наиболее ценным и точным способом диагностики предлежания плаценты является внутреннее влагалищное исследование. Его следует применять с целью установления диагноза и выяснения состояния родовых путей для выбора метода терапии. При соблюдении правил асептики и антисептики, а также при наличии сульфаниламидных препаратов и антибиотиков оно не представляет опасности развития инфекции. После исследования влагалище следует орошать раствором риваноля 1:5000.

Распознавание предлежания плаценты при раскрытии зева несложно, нахождение губчатой плацентарной ткани над внутренним зевом не вызывает сомнений в правильности диагноза.

При закрытом маточном зеве во время внутреннего исследования через своды влагалища, между предлежащей частью плода и исследующим пальцем определяется мягковатая толстая прослойка ткани, имеющая тестоватую консистенцию. Контуры предлежащей части плода неясны, а иногда совсем не определяются.

Влагалищное исследование может вызвать или усилить кровотечение. Однако боязнь этого не должна приводить к отказу от этого метода исследования. Его желательно применять в условиях стационара, причем необходимо заранее иметь готовность для родоразрешения и все необходимое для борьбы с острой кровопотерей. Эти мероприятия особенно важны при подозрении на центральное предлежание плаценты, а также при резком обескровливании беременных. В подобных случаях жизнь женщины зависит не столько от уточнения диагноза, сколько от оказания экстренной помощи.

При затруднении в распознавании предлежания детского места, что обычно встречается при закрытом зеве, можно применять метод рентгенодиагностики. В отличие от других способов, он имеет то преимущество, что находится совершенно вне зависимости от степени раскрытия внутреннего зева, причем имеется возможность

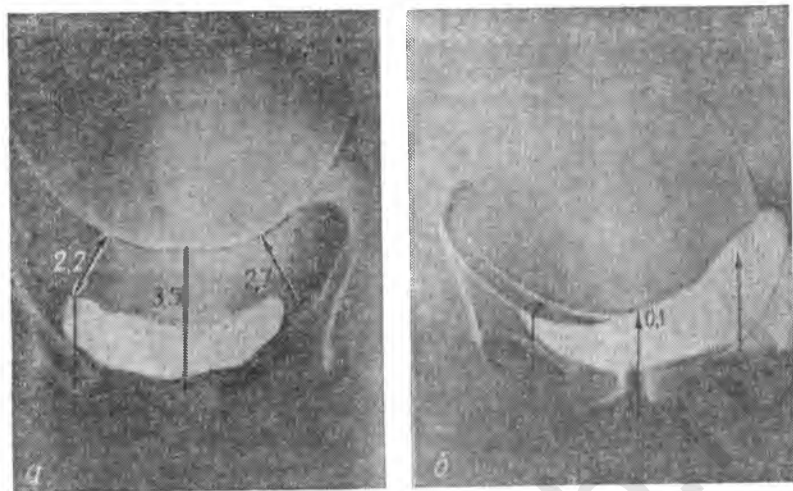


Рис. 61. Предлежание плаценты:
а — центральное; б — боковое.

определить форму предлежания — центральное, боковое, краевое при закрытом зеве и своевременно наметить план ведения родов. Применяется метод рентгено-везикографии, предложенный Уде и Урнером и уточненный в дальнейшем М. А. Телал. Сущность метода заключается в изучении на рентгенограмме теней, получаемых от нижнего края головки и мочевого пузыря, заполненного 20% раствором сергозина (рис. 61). Между краем тени, образуемой мочевым пузырем и нижним краем тени головки, имеется в норме расстояние (пузырно-головное пространство) от 0,6 до 1 см. При отсутствии предлежания плаценты размеры этого пространства могут достигать до 2 см. Если же имеется предлежание плаценты, то это расстояние увеличивается до 2 см и более.

Применение рентгеновых лучей во II половине беременности для снимка не наносит вреда организму матери и плода, так как дозы лучей невелики.

Лечение беременных с аномалией прикрепления детского места должно проводиться комплексно. С одной стороны, оно направлено на борьбу с кровотечением и последствий малокровия, с другой — на сохранение беременности, без ущерба для здоровья матери. Лечение должно проводиться в стационаре. Строгий режим, средства, успокаивающие сократительную деятельность матки (опий, прогестерон). Назначают викасол, переливание крови, глюкозу с аскорбиновой кислотой, вдыхание кислорода, постельный режим. Нужно регулировать функцию кишечника.

Необходим постоянный контроль за картиной крови, артериаль-

ным давлением, общим состоянием. Постельный режим должен выдерживаться не менее двух недель после прекращения кровотечения. При подозрении на предлежание плаценты беременные должны находиться в стационаре до родоразрешения.

Тампонаду как метод лечения предлежания плаценты предложил Легоп в 1776 г. Смертность матерей тогда при применении тампонады достигала 20,7%, а мертворождаемость — 63,15%. В практике этот метод не нашел применения.

Л. С. Персианинов, И. И. Яковлев допускают применение тампонады в исключительных случаях, не более как на 2—2,5 часа при значительных кровопотерях с целью временной остановки кровотечения при необходимости транспортировать беременную или роженицу в лечебное учреждение, операционную.

Раньше применялось форсированное родоразрешение путем расширения нераскрытого зева, поворот и экстракция плода. При этом методе, по В. Я. Гусеву, смертность матерей достигала 37%, а детская — 62%. Schröder говорил, что стремящийся форсировать роды при предлежании плаценты, т. е. иметь живое дитя, будет иметь мертвую мать.

Вскрытие плодного пузыря применяют исключительно при продольных положениях плода, при краевом или боковом предлежании плаценты. Вскрытие плодного пузыря дает возможность маточной мышце скользить по плоду, а не по плодному яйцу, в результате чего кровотечение останавливается, так как предлежащая часть плода, опускаясь во вход в таз, придавливает кровоточащие места, а плацента вместе с нижним сегментом отходит вверх. Метод вскрытия плодного пузыря прост по технике, менее опасен в смысле занесения инфекции и при хорошей родовой деятельности довольно эффективен в смысле остановки кровотечения.

Если после вскрытия плодного пузыря продолжается кровотечение, при слабой родовой деятельности может быть применен метод постепенного, длительного извлечения за головку плода при помощи кожно-головных щипцов по Уилт—Иванову, заключающийся в том, что после вскрытия плодного пузыря под контролем зрения (при помощи зеркал) или под контролем пальцев руки, введенных во влагалище, накладывают на кожу головки плода щипцы Мюзо. К рукояткам щипцов привязывают небольшой груз (не более 200 г). Непрерывное влечение при помощи груза за головку способствует поступательному движению последней, бережному раскрытию шейки матки, прекращению кровотечения.

С 1860 г. применяют комбинированный поворот плода на ножку (А. М. Макеев) при неполном открытии зева шейки матки (поворот по Брэкстон-Гиксу). По сборной статистике Аммона Эрнста данное вмешательство снизило материнскую смертность до 6—8%, детская же осталась на уровне 60—80%.

После поворота плода на ножку при неполном открытии зева не может быть сразу произведено извлечение плода за тазовый

конец. Вынужденное же ожидание после поворота приводит к очень большому проценту мертворождений. Поэтому поворот при неполном открытии зева производят, главным образом, при мертвом или нежизнеспособном плоде или в тех условиях, когда кесарево сечение произвести невозможно.

Одним из методов, позволяющих подготовить родовые пути для последующего самостоятельного родоразрешения или окончания родов с помощью акушерской операции, является метрейриз. Указанный метод позволяет добиться и лучших результатов для плода, чем, например, поворот плода на ножку при неполном открытии зева.

С целью быстрого гемостаза появилось стремление применить при предлежании плаценты быстрое родоразрешение хирургическим путем — кесаревым сечением. Идея его применения ведет свое начало со второй половины XIX века. В марте 1876 г. Калязинскими врачами произведено кесарево сечение у карлицы с узким тазом при беременности, осложненной пятидневным кровотечением, которое заставило врачей применить эту операцию.

Отечественные акушеры-гинекологи всегда осторожно подходили к применению кесарева сечения, учитывая ближайшие и отдаленные последствия этой операции для здоровья женщины и ее детородной функции.

По общепринятому положению, наилучшим методом лечения при центральном предлежании плаценты, а также при боковом, если оно сопровождается сильным кровотечением при закрытом маточном зеве, является кесарево сечение. Эта операция имеет ряд преимуществ перед влагалищными методами родоразрешения: быстро останавливает кровотечение независимо от степени раскрытия зева; создается минимальная опасность внесения инфекции, так как хирург попадает в матку, минуя родовые пути, содержащие бактерии. Кесарево сечение дает наилучшие результаты для плода и позволяет избежать растяжения нижнего сегмента, что следует учитывать при предлежании плаценты.

Если предлежание плаценты сочетается с другими видами акушерской патологии (узкий таз, поперечное положение плода, пожилые первородящие и т. д.), то родоразрешение путем чревосечения также будет целесообразным. В каждом отдельном случае предлежания плаценты вопрос о кесаревом сечении следует решать индивидуально. Применять указанную операцию без достаточных оснований нельзя. Противопоказаниями для кесарева сечения являются лихорадочные состояния, смерть плода, однако, если женщине угрожает смертельная опасность от кровопотери, а родовые пути не подготовлены к родоразрешению, то и при этих условиях приходится производить чревосечение.

Наиболее целесообразно производить рассечение матки в нижнем сегменте, что сопровождается более благоприятным течением послеоперационного периода, лучшим заживлением раны матки.

Этим уменьшается опасность разрыва матки при последующих беременностях и родах.

Однако большинство акушеров предпочитает классическое кесарево сечение при предлежании плаценты, так как рассечение нижнего сегмента часто сопровождается сильным кровотечением и промедление с опорожнением матки увеличивает опасность для жизни женщин и плода. При предлежании плаценты кесарево сечение в нижнем сегменте могут производить лишь опытные акушеры, хорошо владеющие оперативной техникой. Для большинства врачей, особенно в условиях районной или участковой больницы, наиболее правильным будет выбор классического кесарева сечения. Если женщина резко обескровлена и находится в тяжелом состоянии или если плацента прикреплена к передней стенке матки, то независимо от опытности хирурга лучше делать классическое кесарево сечение.

В системе профилактики и борьбы с кровотечением и малокровием при предлежании плаценты одним из эффективнейших средств является переливание крови. Его следует производить не только при резко выраженном, но и при умеренном малокровии. При длительных кровотечениях следует преимущественно применять капельные переливания крови. По мере уменьшения или остановки кровотечения капельные переливания можно сменять струйными, которые в зависимости от общего состояния больных, уровня артериального давления, степени кровопотери производят быстро или медленно. В особо тяжелых случаях с низким или неопределяющимся артериальным давлением, наряду с внутривенным переливанием следует применить внутриартериальное переливание крови и кровезамещающих растворов. Беременным с предлежанием плаценты следует производить повторные переливания плацентарной или донорской крови. Клинические наблюдения показывают, что повторное переливание крови малыми дозами при кровотечениях во время беременности, способствуя остановке кровотечения, устранению явлений малокровия у матери и кислородного голодания у плода, являются эффективным методом предупреждения и борьбы с внутриутробной асфиксией, что, в свою очередь, играет немаловажную роль в борьбе за доношивание беременности. При переливании крови следует учитывать групповую и резус-принадлежность беременных с предлежанием плаценты.

Тяжесть состояния беременных и рожениц не всегда находится в прямой зависимости от величины кровопотери. Нередко можно наблюдать, как роженица при относительно небольшой кровопотере впадает в тяжелейшее состояние, что объясняется понижением устойчивости организма и снижением его компенсаторных защитных реакций при повторных кровопотерях. Иногда смерть роженицы в последовом или раннем послеродовом периодах может наступить, казалось бы, от небольшого кровотечения. Кровотечение в послеро-

довом периоде встречается часто, до 20—25% всех рожениц с предлежанием плаценты, этот период у них должен вестись активно.

Поэтому переливание крови (донорской и плацентарной) в последовом и раннем послеродовом периодах, введение средств, вызывающих сокращение матки (питуитрин, окситоцин и т. д.), значительно улучшают исход для здоровья женщины.

Высокая послеродовая заболеваемость при предлежании плаценты, что может быть объяснено ослаблением защитных сил организма в результате обескровливания, частые акушерские мероприятия для остановки кровотечения до рождения ребенка и вмешательства в последовом периоде служат причиной частых послеродовых осложнений, для предупреждения которых в послеродовом периоде необходимо применять антибиотики и сульфаниламиды.

Предлежание плаценты — это тяжелое осложнение беременности и родов, при котором от врача требуется большое знание, хладнокровие и сообразительность.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Одним из тяжелых осложнений родов является кровотечение, возникающее в результате травм женских половых органов. Степень кровопотери зависит от локализации травм и калибра поврежденных сосудов.

Наиболее сильные кровотечения встречаются при разрывах матки, влагалищных сводов, надрывах в области клитора, причем иногда они бывают настолько сильными, что требуют переливания донорской крови.

Причина столь значительных кровопотерь кроется в обильном кровоснабжении половых органов и наличии кавернозных образований. Анамнестические данные и непосредственный осмотр наружных половых органов, стенок влагалища и шейки матки в зеркалах позволяют установить истинную причину кровотечения.

Необходимо также отметить, что понятия кровотечение и травма в акушерской и гинекологической практике трудно разграничить между собой. Нередко травмы, рассматриваемые как гинекологические, в дальнейшем могут привести к тяжелым видам кровотечений в акушерстве. И наоборот, акушерские травмы могут потребовать оказания помощи в гинекологической практике.

На характер кровотечения при травмах может влиять ряд причин — нарушения свертываемости крови, болезни крови и др.

Все кровотечения можно разделить на несколько групп при повреждениях: а) наружных половых органов; б) влагалища; в) матки (шейки, тела); г) комбинированные (промежности и влагалища, влагалища и матки и др.).

Кровотечения из наружных половых органов. К наружным половым органам относят тот отдел, который доступен простому осмотру. Это большие и малые половые губы, клитор, девственная плева, преддверие влагалища и промежность. Вне беременности повреждения этих органов встречаются в 0,11% (А. Б. Гиллерсон, Б. Л. Басин, Т. А. Деменская, 1960). Они могут быть различной тяжести и возникнуть во время родов, а также в результате бытового и производственного травматизма: удара, ушиба,

падения на острый или тупой предмет, огнестрельного ранения, грубого полового сношения, изнасилования, особенно малолетних.

При ушибах появляются кровоподтеки в области нанесенной травмы. Однако они обычно не влияют на общее состояние организма. Огнестрельные ранения, рваные, колотые и резаные раны встречаются редко. Они могут быть поверхностными и глубокими, с повреждением кроме тканей промежности и влагалища органов брюшной полости (мочевой пузырь, прямая кишка, забрюшинное пространство). Кровопотеря в таких случаях зависит от степени повреждения сосудистой системы — от самой незначительной до смертельной — при повреждениях крупных сосудов.

Значительные травмы в области наружных половых органов, имеющих высокую чувствительность, кроме кровопотери нередко сопровождаются явлениями травматического шока (резкая бледность кожных покровов, холодный пот, угнетение сознания, реже возбуждение, падение артериального давления, малый, частый пульс). Однако в литературе описаны отдельные случаи, когда при аналогичных травмах, сопровождающихся значительной кровопотерей, явления шока не наступали. Это обстоятельство следует иметь в виду при рассмотрении каждого случая травмы и значительного кровотечения.

Наибольшую опасность представляют кровотечения вследствие ранения в области клитора и *bulbus vestibuli*, при которых, если не будет оказана необходимая помощь, кровопотери могут быть весьма значительными, вплоть до смертельных.

При первом половом сношении кровотечения возникают редко. Обычно повреждается девственная плева, иногда малые губы. В некоторых случаях — чаще при изнасиловании, особенно малолетних и в пожилом возрасте, кровотечения могут быть крайне тяжелыми (промежность, влагалище, своды, мочевой пузырь, прямая кишка). Во время родов кровотечения из наружных половых органов возникают вследствие разрыва промежности, надрывов слизистой в области наружного отверстия мочеиспускательного канала, клитора.

Частота разрывов промежности, по наблюдениям П. А. Гузикова, составляет 7%, а по данным А. И. Крупского, — 22,3%. Такая разница зависит от того, насколько тщательно рассматривают и учитывают все повреждения родовых путей, а также как часто применяют перинеотомию. Практика показывает, что чем шире применяют перинеотомию, тем меньше процент разрывов, и наоборот. В среднем же разрывы промежности встречаются у 10—12% рожениц. У первородящих они наблюдаются примерно в два раза чаще, чем у повторнородящих (П. А. Гузиков, 1928, С. М. Гольденберг, 1939).

Этиология разрывов промежности и наружных половых частей в родах весьма разнообразна. Причинами их могут служить неумелая защита промежности, стремительные роды, быстрое вы-

ведение головки, особенно при тазовых предлежаниях, при внутренних поворотах с извлечением плода, прорезывание головки в разогнутых состояниях, ригидность промежности у старых первородящих, высокая, массивная, а также рубцово-измененная промежность после разрывов при предыдущих родах. При низком поперечном стоянии стреловидного шва кроме промежности в разрыв часто вовлекаются половые губы.

П а т о г е н е з. Достигшая тазового дна головка постепенно выпячивает промежность до предела. В этот момент, в результате сдавления венозных сосудов, кожа промежности приобретает синюшную окраску, а при дальнейшем ее растяжении сдавливаются и артериальные сосуды. Развивается ишемия и побледнение тканей. Перерастянутая промежность не в состоянии противостоять дальнейшему давлению подлежащей части и наступает разрыв мягких тканей с последующим кровотечением.

В акушерской практике принято различать три степени разрывов промежности (рис. 62). К I степени относят повреждения задней спайки, тканей входа во влагалище и кожи промежности, ко II — кожи, мышц и фасции (наружный сфинктер цел) и к III степени — разрыв промежности и стенки прямой кишки. Практически разрывы III степени делят на неполные (нарушение целостности сфинктера) и полные (повреждение стенки прямой кишки). Некоторые авторы (Брантли и Баруэлл, 1960 и др.) полные разрывы промежности с нарушением целостности слизистой прямой кишки относят к разрывам IV степени.

Иногда встречаются центральные разрывы промежности, тогда плод может родиться через образовавшееся отверстие. В этих случаях задняя спайка остается неповрежденной.

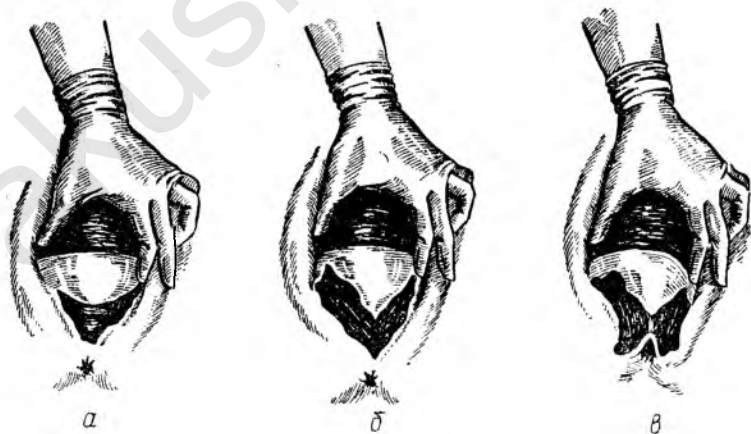


Рис. 62. Разрывы промежности:
а — I степени; б — II степени; в — III степени,

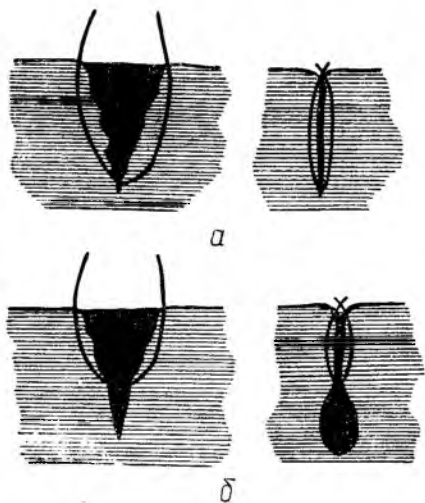


Рис. 63. Зашивание разрыва промежности I и II степени:
a — правильно наложенные швы; *б* — неправильно наложенные швы.

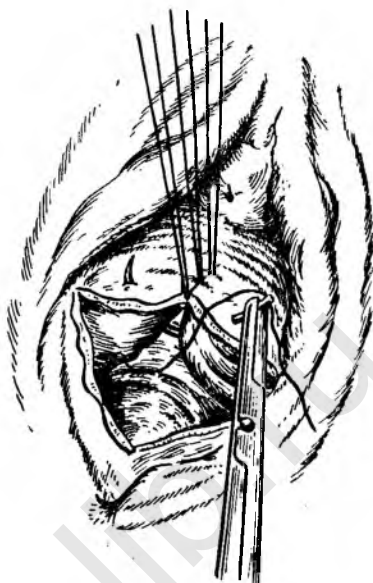


Рис. 64. Зашивание разрыва промежности II степени.

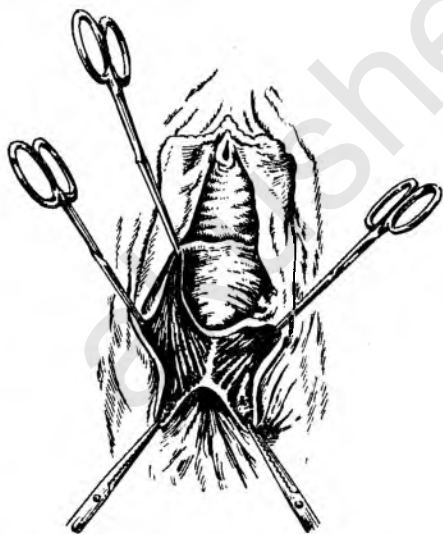


Рис. 65. Обнажение полного разрыва промежности



Рис. 66. Зашивание полного разрыва промежности. Швы наложены на прямую кишку.

Одновременно с промежностью может наступить разрыв половых губ. Всякий разрыв промежности сопровождается кровотечением, степень которого зависит от характера повреждения.

Лечение разрывов промежности проводят по общим правилам лечения ран. Это — остановка кровотечения и тщательное их ушивание с восстановлением анатомического соотношения тканей. При разрыве крупного сосуда и наличии кровотечения сосуд перевязывают отдельно. В остальных случаях кровоточащее место обкалывают и на разрыв накладывают швы (рис. 63, 64). При повреждениях мягких тканей в области наружного отверстия мочеиспускательного канала в уретру вводят металлический катетер для контроля, после этого кровоточащее место обкалывают и ушивают (рис. 65, 66). При значительных кровопотерях производят переливание крови и кровезаменителей. С целью профилактики осложнений одновременно назначают антибиотики, сульфаниламидные препараты, витамины, соответствующий режим питания.

Кровотечения при разрывах влагалища. Этиология и патогенез разрывов влагалища не отличается от этиологии и патогенеза разрывов наружных половых органов.

Большинство из них, как и травм промежности, является насильственным: при случайных повреждениях, иногда при рубцовых изменениях после перенесенного в детстве воспаления, сужениях и недоразвитии влагалища (узкое, короткое).

Во время родов они возникают в результате нарушения правил наложения акушерских щипцов (неправильное введение ложек, высокое стояние головки), при вращательных движениях предлежащей части в момент тракции и др.

Разрывы влагалища нередко бывают продолжением разрыва промежности либо нижнего сегмента и шейки матки. В таких случаях кровотечение зависит от глубины поврежденных тканей. При травмах промежности и неглубоких разрывах стенки влагалища кровопотеря обычно небольшая. Лишь при повреждениях III степени она может быть значительной.

Глубокие разрывы слизистой оболочки влагалища и отчасти мускулатуры тазового дна могут проникать в паравагинальную клетчатку и по задне-боковой границе до параметральной клетчатки.

Не менее тяжелыми могут быть повреждения передней стенки влагалища, достигающие иногда симфиза лобковых костей. В отдельных случаях может наступить отрыв стенок влагалищного свода от шейки матки, а иногда разрывы достигают и брюшной полости.

При таких тяжелых повреждениях, если их своевременно не распознать и не принять необходимых мер, кровотечение может быть весьма тяжелым.

Кровотечение при разрывах шейки матки. Нарушение целостности шейки матки в родах наблюдается почти у каждой первородящей, причем чаще в боковых отделах ее. В результате этих надрывов

наружный зев в последующем приобретает щелевидную форму. Более глубокие разрывы могут достигать надвлагалищной части, распространяться на своды и кверху, на параметрий. В зависимости от степени повреждения и нарушения целости кровеносных сосудов будет и кровопотеря.

Частота разрывов шейки матки до последних лет различными авторами определялась в 1,5—3% по отношению к общему числу проведенных родов. Указанные цифры относятся к тем учреждениям, в которых осмотр шейки матки в зеркалах производили при значительных кровотечениях и подозрении на разрыв. Поэтому эти наблюдения не отображают действительного состояния.

В последнее время с целью профилактики заболеваний шейки матки в большинстве родовспомогательных учреждений производят осмотр шейки матки в зеркалах после каждого родов. Наблюдения показали более высокую частоту этих травм. Так, по данным Д. А. Новицкого (1952), разрывы шейки матки встречаются в 13,2%; Л. И. Кротова и С. С. Роговенко (1948), у первородящих — в 21,7%, повторнородящих — в 15,3%; Л. Д. Шебеко (1956), — в 25%.

Э т и о л о г и я. Различают разрывы самопроизвольные и насильственные.

Самопроизвольные разрывы встречаются при крупном и гигантском плоде, при соединительнотканном перерождении шейки матки и замене мышечных волокон соединительнотканными после перенесенных воспалительных заболеваний шейки матки, ее разрыхлении при предлежании детского места, у старых первородящих и др.

Насильственные разрывы встречаются при извлечении плода как при головном, так и тазовом предлежании при недостаточном раскрытии или спастическом состоянии наружного зева. Они могут возникнуть при нарушении правил наложения акушерских щипцов и других оперативных вмешательствах.

П а т о г е н е з. Самопроизвольному разрыву шейки матки обычно предшествуют патологические изменения ее тканей. В. С. Груздев указывает, что у старых первородящих меняется коллоидная структура клеток. По Н. З. Иванову (1904), целость шейки во время родов сохраняется при нормальном количестве эластических волокон, которые, анастомозируя друг с другом, как бы сцепляют мышечные пучки. Технические неумело проведенные диатермохирургические вмешательства на шейке матки (например, по поводу эрозии) могут привести к развитию рубцовой ткани, легко травмируемой. Длительность безводного периода, узкий таз, инфантилизм полового аппарата нередко являются причинами разрыва шейки матки.

Ф. И. Жордания (1961) считает разрывом шейки матки те случаи, когда имеется разрыв свыше 1 см, и рекомендует все разрывы делить на три степени. I степень — разрывы с одной или обеих сторон до 2 см; II — разрывы больше 2 см, но не доходящие до свода на 1 см; III — более глубокие разрывы, доходящие до свода

(или переходящие на свод, т. е. сливающиеся с разрывом верхней части влагалища).

К л и н и к а и с и м п т о м а т о л о г и я. Основным симптомом разрыва шейки матки является кровотечение. Однако по наличию одного симптома кровотечения поставить правильный диагноз разрыва не всегда удается. Во многих случаях неглубокие разрывы (до 0,5 см) протекают бессимптомно. По наблюдениям И. И. Яковлева (1953), лишь в 10% случаях эти травмы сопровождаются значительной кровопотерей. Большие кровотечения встречаются при глубоких разрывах — от нарушения целостности ветви маточной артерии, проходящей вблизи свода влагалища, а иногда от повреждения верхней влагалищной либо шейечно-влагалищной артерии.

На разрыв шейки матки указывает непрерывное кровотечение струйкой, кровь более жидкая, алого цвета.

Кожа частей рождающегося плода может быть покрыта кровью (И. Л. Брауде). Однако этот симптом может отсутствовать, если место разрыва прижато подлежащей частью плода, а травмированные сосуды, вследствие длительного сдавления, относительно быстро затромбировались.

Если кровотечение возникает после рождения плода, оно может быть отнесено за счет гипотонии матки, при которой кровь бывает более темной, выделяется толчками, сгустками. Тело матки при этом имеет мягковатую консистенцию, а дно матки находится на уровне пупка или чуть выше. Трудной является диагностика разрыва шейки матки при одновременном гипотоническом состоянии тела матки. В таких случаях необходимо принять меры борьбы с гипотонией и произвести осмотр шейки матки в зеркалах. Осматривать шейку матки в зеркалах следует у всех первородящих и у повторнородящих, у которых заподозрен разрыв (после наложения акушерских щипцов, вакуум-экстрактора, краниотомии и др.). Осмотр следует проводить при хорошем освещении. Шейку захватывают пулевыми щипцами за переднюю и заднюю губы, растягивают и осматривают. При наличии складок щипцы переключают.

Л е ч е н и е разрывов шейки матки заключается в зашивании их тотчас после родов. Обнаженную зеркалами и захваченную пулевыми щипцами за переднюю и заднюю губы шейку подтягивают книзу и на угол раны накладывают гипостатический кетгутовый шов. Этим создают возможность захватить в шов и кровоточащий сосуд. Необходимость наложения такого шва диктуется особенностями строения сосудов шейки матки — они не имеют адвентиции. Поэтому наложить на сосуд изолированный шов невозможно.

При невозможности сразу наложить шов на угол раны накладывают его несколько ниже вершины. Этот шов служит держалкой для низведения верхнего конца разрыва при наложении шва на угол

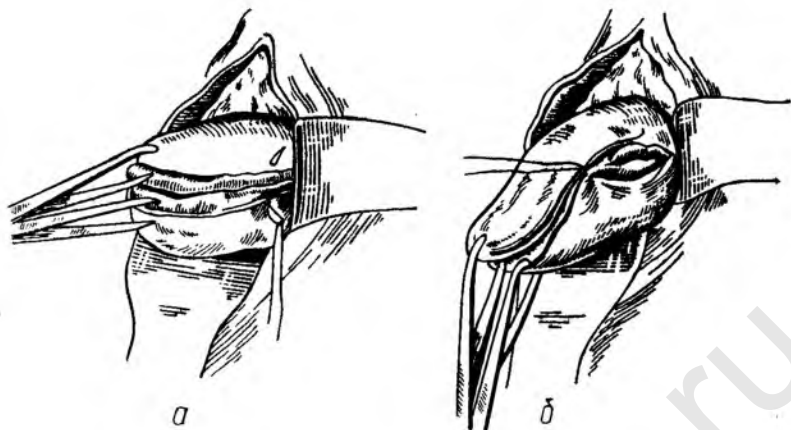


Рис. 67. Наложение шва на разрыв шейки матки: а — в том месте, где он хорошо виден (по Фреунду); б — первый шов является «держалкой» для низведения верхнего конца разрыва шейки (по Брауде).

раны. Если же шов на угол раны не остановил кровотечения, выше его накладывают второй шов в виде восьмерки (рис. 67).

Значительные кровопотери восстанавливают переливанием донорской крови, кровозаменителей и противошоковой жидкости. Одновременно назначают антибиотики, сульфаниламидные препараты.

Кроме кровопотерь нераспознанные и незащитые разрывы легко инфицируются в ране, развивается воспаление с гнойными наложениями. Иногда в воспалительный процесс вовлекается паравагинальная и парацервикальная клетчатка. Незащитые разрывы шейки матки впоследствии могут быть причиной недонашивания беременности, выворота шейки матки, хронического эндоцервицита, эрозий шейки матки и других патологических состояний.

Профилактика разрывов должна заключаться в правильном ведении родов и оказании оперативной помощи только при наличии соответствующих условий. При необходимости оперативного родоразрешения при неполном раскрытии наружного зева последний должен быть рассечен ножницами с обеих сторон.

Родоразрешение при краевом или боковом предлежании плаценты должно быть особенно бережным. Как указывал Н. Феноменов, при предлежании плаценты нужно делать поворот, низводить ножку, но не извлекать. Подвешивание груза в таких случаях Г. Г. Гентер (1932) считает противопоказанным. Если же кровотечение после выведения ножки не остановилось, Л. С. Персианов (1964) допускает подвешивание груза (200 г).

Гематомы родовых путей. Гематомы родовых путей встречаются вне беременности, во время беременности и чаще во время родов.

Различают гематомы наружных половых органов, когда они возникают в клетчатке одной из больших половых губ, иногда рас-

пространяясь на область промежности, и влагалища — при кровоизлияниях в околовлагалищную клетчатку, а иногда и за пределы влагалищных стенок. Накопившаяся кровь может достигнуть околоматочной клетчатки и далее, по забрюшинному пространству сзади, — области почек, а спереди по жировой клетчатке — уровня пупка.

Этиология. Гематомы наружных половых органов и стенок влагалища вне и во время беременности встречаются редко. Они возникают под влиянием различных ушибов, падений, промышленных и бытовых травм. Способствуют возникновению гематом тяжелые формы токсикозов II половины беременности, нефриты, гиповитаминозы С и др. Наиболее часто они встречаются в родах.

При стремительных родах, особенно у первородящих, наступает чрезмерно быстрое растяжение мягких тканей, при затянувшихся родах (например, при узких тазах) развиваются застойные явления, длительное прижатие и перерастяжение мягких тканей. Различные оперативные вмешательства — наложение акушерских щипцов на предлежащую головку, неправильное выведение головки при тазовых предлежаниях, выжимание последа по Лазаревичу — Креде, чрезмерно энергичный массаж матки могут быть причинами, способствующими возникновению гематом.

Литературные данные указывают на частоту образования левосторонних гематом. Б. Н. Машков (1932) считает причиной этого асимметричное развитие нижних половых вен в постэмбриональной жизни женщины, причем левая кардинальная система развита больше, чем правая. Нельзя не согласиться с мнением Л. С. Персианинова (1964), который считает, что более частому возникновению левосторонних гематом способствует то положение, что при первой позиции наиболее объемистая часть головки — затылок — во время продвижения по родовым путям сильнее сдавливает мягкие ткани, что, несомненно, может вызвать более сильное нарушение кровообращения с развитием застойных явлений в левой половине таза.

Кроме того, образованию гематом способствует целый ряд причин — повышенная ломкость сосудов, повышение артериального давления при гипертонии и поздних токсикозах беременности, варикозное расширение вен половых органов и др.

В возникновении гематом, несомненно, имеет место сумма факторов, причем в одних случаях превалируют травмы, а в других — изменения сосудистых стенок и артериального давления.

Патогенез. Под воздействием указанных причин в глубине мягких тканей родовых путей наступает разрыв сосудистых стенок и пропитывание излившейся кровью окружающей жировой клетчатки, что и приводит к образованию (обычно односторонних) гематом. Кожа и слизистая оболочка при этом остаются неповрежденными. Размеры гематом бывают весьма различными, от куриного яйца до величины головки новорожденного, а иногда и больше.

Клиническая картина развития гематом характеризуется появлением и нарастанием болей с одновременным образованием опухоли. Особенно острой боль бывает при гематомах наружных половых органов, имеющих богатую нервно-рецепторную сеть. В этих случаях она бывает настолько сильной, что не поддается терапевтическому воздействию наркотическими веществами.

Распознать опухоль наружных половых органов нетрудно. Обычно в области больших половых губ, чаще слева, при осмотре видна сине-багровая опухоль, туго эластической консистенции. Иногда она распространяется на промежность, область заднепроходного отверстия и кверху — на влагалище. В зависимости от величины кровяной опухоли изменяется форма половой щели. Последняя приобретает форму зигзага, вход во влагалище деформируется и располагается эксцентрично, препятствуя оттоку содержимого матки.

Гематомы влагалища распознают при влагалищном исследовании, в этих случаях определяется сине-багрового цвета выпячивание стенок в просвет влагалища. При вагинальном или ректальном исследовании ощущается при свежих гематомах флюктуация, а в дальнейшем — опухоль плотной консистенции.

Труднее распознать надфасциальную гематому. Эту локализацию кровяной опухоли можно легко просмотреть, а при ее обнаружении — принять за вяло протекающий параметрит. В таких случаях анамнестические данные, анализ крови, колебания температуры помогают правильно разрешить сомнения.

При возникновении и быстром развитии гематом больших размеров появляются признаки внутреннего кровотечения — бледность кожи и видимых слизистых оболочек, частый, малый пульс, низкое артериальное давление. Наружное кровотечение при этом отсутствует.

Клиническое течение гематом обычно сопровождается небольшим повышением температуры. В благоприятно протекающих случаях отсутствуют признаки воспаления. Небольших размеров гематомы не вызывают тягостных субъективных ощущений и протекают бессимптомно. Они обнаруживаются случайно при исследовании. Скопившаяся кровь подвергается изменениям, из нее выпадает фибрин, форменные элементы распадаются. Гемоглобин эритроцитов после ряда изменений превращается в кровяные пигменты (гематин и гемосидерин). При поверхностном расположении опухоли сине-багровая окраска кожи постепенно переходит в лилово-красный, а затем в зелено-желтый и желтый цвет. Одновременно происходит всасывание элементов крови.

Исход небольших гематом — полное и бесследное их рассасывание. Вокруг больших гематом постепенно развивается реактивное воспаление с разрастанием соединительнотканых волокон и образованием рубца.

В ряде случаев при значительных гематомах слизистая оболочка на высоте выпячивания истончается, наступает местное наруше-

ние кровообращения с образованием некротических участков и прорывом ее (в зависимости от глубины расположения гематом) во влагалище или прямую кишку. Стенка гематомы может разрываться и содержимое изливаться в виде сгустков свернувшейся крови. Заживление наступает вторичным натяжением. В отдельных случаях может образоваться ректовагинальный свищ.

В некоторых случаях гематома может инфицироваться по лимфатическим путям из кишечника либо из влагалища при нарушении целостности слизистой оболочки. При этом осложнении напряжение и боль в области опухоли нарастают, поверхность опухоли гиперемизируется, температурная кривая приобретает ремицирующий характер. В дальнейшем может наступить разрыв стенки нагноившейся опухоли. Инфекция по затромбированным сосудам в гематоме может распространяться за пределы опухоли, вызывать тромбоз флебиты тазовых и бедренных вен, а при надфасциальных гематомах — способствовать развитию генерализованных септических процессов.

Рецидивы гематом при последующих родах встречаются редко. Смертность в настоящее время невелика (И. И. Яковлев, 1953).

Лечение. В настоящее время общепризнанным считается метод консервативной терапии гематом. Активный метод — вскрытие и ушивание кровотокающего сосуда не дает удовлетворительных результатов, так как нахождение его в глубине пропитанных кровью тканей является нелегкой задачей. Далее вскрытая кровяная опухоль легко инфицируется. Наблюдения показывают, что опухоли небольших размеров рассасываются и исчезают бесследно. Не требуют также оперативного вмешательства и опухоли больших размеров, если они не инфицируются и не нарастают.

При гематомах назначают строгий постельный режим, при наружном расположении гематомы — местно давящую повязку, на протяжении первых 3 дней — пузырь со льдом, наркотические средства, инъекции пенициллина, адреналина (по 0,3 мл) 2—3 раза в сутки, внутрь сульфаниламидные препараты, хлористый кальций, викасол, витамины, примочки из уксуснокислого алюминия. Для поднятия защитных сил организма и гемостаза назначают переливание крови дробными дозами.

В случае если отмечается быстрый рост гематомы, нарастают симптомы внутреннего кровотечения, надрыв или разрыв опухоли, показано оперативное вмешательство — из ложа удаляют сгустки и, если кровотечение продолжается, обкалывают и ушивают кровотокающее место с последующим введением в полость эмульсии синтомицина или стрептоцида. Рану зашивают наглухо или дренируют ее.

При подфасциальном расположении кровяной опухоли разрез делают со стороны слизистой оболочки, параллельно складкам губ, не травмируя бартолинову железу. При нагноениях, с ухудшением общего состояния, нарастанием лейкоцитоза, повышением темпера-

туры, ознобом для лучшего оттока и дренирования производят аналогичный разрез со стороны кожи. При таком подходе к гнойному очагу уменьшается опасность восходящей инфекции. Образовавшуюся полость дренируют.

Значительно сложнее обстоит дело при надфасциальном расположении гематом. В случаях неинфицирования при внутреннем кровотечении, угрожающем жизни, показано хирургическое вмешательство, необходимо соблюдать строгую индивидуализацию в выборе метода при подходе к источнику кровотечения. Сгустки по возможности удаляют, затем останавливают кровотечение.

В случае инфицирования разрез производят параллельно пупартовой связке, внебрюшинно, либо при выпячивании свода делают кольпотомию с последующим дренированием полости в том и другом случае.

Если гематома образовалась до рождения плода и служит препятствием для его продвижения по родовым путям, в свежих случаях отсасывают содержимое шприцем, а если излившаяся кровь уже свернулась, делают разрез и удаляют сгустки. Во всех случаях после хирургического вмешательства применяют антибиотики, химиопрепараты, витамины и другие средства. Лечение инфицированных гематом проводят по существующим методам лечения гнойных ран.

П р о ф и л а к т и к а развития гематом родовых путей заключается в бережном, индивидуальном подходе к ведению родов, строгом соблюдении показаний к применению и выбору методов оперативного родоразрешения. Особенно это важно при осложнении поздними токсикозами, флeбэктазиями, нефритом, нарушениями свертывающей системы крови и при других состояниях с склонностью к кровотечению. В период возникновения и нарастания гематомы показано применение льда, хлористого кальция, викасола, антибиотиков, сульфаниламидных препаратов и других химиотерапевтических средств, обладающих противовоспалительными и сосудосуживающими свойствами.

Разрывы матки при беременности и в родах являются одной из тяжелых форм акушерской патологии.

По данным мировой литературы, частота разрывов матки — от 0,02 до 0,15%, что составляет примерно 1 разрыв на 1000—2500 родов.

Профилактическое направление в советском здравоохранении, широко развернутая сеть женских консультаций, отделений и палат для патологии беременности и своевременная госпитализация их дает неуклонное снижение этих грозных осложнений во время беременности и родов.

Во время беременности они возникают значительно реже (лишь у 10%), чем у рожениц.

Виды разрывов матки. В настоящее время принято различать два вида разрывов матки — самопроизвольные и насильственные.

Как показывает само название, самопроизвольные разрывы возникают во время беременности и родов, без внешнего воздействия на беременную матку — при изменениях мышечной стенки матки, непреодолимых для плода препятствиях (узкий таз, неправильные вставления и предлежания головки плода — лобное, особенно с обращенной кзади переносицей, лицевое предлежание с подбородком, обращенным кзади, запущенное поперечное положение плода, гидроцефалия, ригидность ткани шейки матки, рубцовое ее изменение и заращение наружного зева). По данным В. И. Ледомского (1909), они составляют 77,4%, Л. С. Персианинова (1954), — 88,6%, Е. Е. Матвеевой (1962), — 75,1%. Самопроизвольные разрывы матки могут наступить при развитии беременности в зачаточном роге. По литературным данным, чаще они возникают на 4—5-м месяце беременности. В отдельных же случаях беременность может быть и доношенной (А. П. Соловьева, 1958). Разрыв матки может наступить после перенесенного тяжелого септического метрэндометрита, в результате которого стенка матки может быть истонченной и разорваться при росте плодного яйца. Доказано, что при placenta praec-

via происходит истончение маточной стенки (до 1,5—1 мм), способствующее разрыву матки.

Насильственные разрывы возникают при грубых травмах матки во время беременности и родов.

Иногда при надавливании на область параметрия при гематомах появляются кровянистые выделения из влагалища, опухоль уменьшается, а затем, по мере накопления крови, она снова увеличивается в размерах. При небольших гематомах и общем хорошем состоянии в некоторых случаях можно ограничиться консервативными методами лечения — произвести паранефральную новокаиново-пенициллиновую блокаду (при сильных болях), местно холод, покой и строгое наблюдение. При нарастании гематомы — немедленное оперативное лечение. Необходимо иметь в виду, что при консервативном лечении рубец может быть менее полноценным, что является небезразличным для последующей беременности. Насильственные разрывы во время беременности и родов возникают чаще всего после подготавливающегося самопроизвольного разрыва и встречаются при различных оперативных вмешательствах, сопровождающихся дополнительным, хотя и незначительным, растяжением нижнего сегмента: нарушение правил техники наложения акушерских щипцов, необоснованное их применение (высокие щипцы), запущенное поперечное положение плода, поворот плода на ножку, назначение питуитрина при наличии несоответствия между размерами предлежащей головки плода и таза матери и др.

По степени повреждения разрывы матки разделяют на полные (*ruptura uteri completa*), непосредственно сообщающиеся с брюшной полостью, и неполные (*ruptura uteri incompleta*). Полные разрывы обычно возникают в тех местах, где серозный покров интимно спаян с мышечной тканью (рис. 68).

К неполным разрывам относят повреждения только слизистого и мышечного слоев, без нарушения целостности серозного слоя. Встречаются они в тех местах, где брюшина рыхло спаяна с мышечной тканью. В таких случаях образуется различной величины подбрюшинная гематома или гематома параметрия в зависимости от калибра и локализации поврежденных сосудов. При значительных гематомах серозный покров истончается, может наступить разрыв его и неполный разрыв матки перейти в полный. Возможно этим и объясняется тот факт, что полные разрывы матки встречаются в 10 раз чаще, чем неполные (О. В. Макеева). К неполным разрывам относят также те случаи, когда мышечный слой повреждается не на всю толщину, а лишь надывается в виде трещины, будь то со стороны слизистой или серозного покрова матки.

Разрывы матки могут наступить в любом ее отделе. Направление и длина их также различны. Наиболее часто они встречаются в нижнем сегменте матки и имеют продольное, косое или поперечное направление. Боковые разрывы шейки, идущие продольно или косо, нередко переходят и на тело матки (рис. 69).

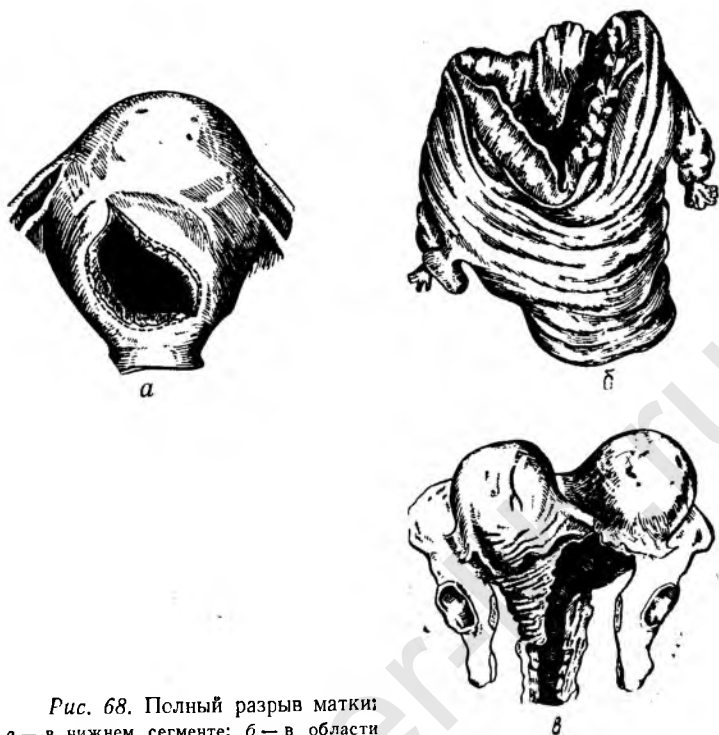


Рис. 68. Полный разрыв матки:
 а — в нижнем сегменте; б — в области
 дна; в — неполный разрыв матки.

Разрывы по задней стенке и у дна встречаются реже. По данным И. Н. Александрова (1900), из 161 случая разрыв по передней стенке возник у 71, по боковой — у 64 и по задней — у 26. Из 262 случаев, проанализированных Л. С. Персианиновым, в 162 были продольные разрывы, в 72 — поперечные, в 9 — косые, в 8 — зигзагообразные, сложный ход отмечен в 4 и направление разрыва не выяснено в 7 случаях.

Кроме типичных могут возникнуть травмы матки по типу «узур» ткани: при затянувшихся родах, при длительном стоянии головки в одной плоскости и вторичной слабости родовой деятельности. В таких случаях травма возникает с преобладанием симптомов ущемления мягких тканей родовых путей, сопровождается отеком вульвы. Иногда встречаются разрывы при целости матки. Клиническая картина их такая же, как и при обычных разрывах. Это так называемый отрыв матки от сводов (colporrhæxis), описанный впервые отечественным акушером Ф. Г. Гугенбергером (1875). Отрыв матки от влагалищных сводов может быть полным, проникающим в брюшную полость в наиболее тонкой части — вблизи шейки матки, либо неполным (передний или задний), в зависимости от места повреждения.

Разрывы матки по рубцу. Большой практический интерес представляют разрывы матки по рубцу. Частота их колеблется в пределах от 2 до 25% и составляет, по наблюдениям К. Н. Жмакина, 11%, Г. К. Василевского (1958),—19,6%, А. Б. Гиллерсона,—23,8% к общему числу разрывов матки.

Из 36 разрывов после перенесенной операции кесарева сечения, описанных М. С. Соловьевой (1958), при последующей беременности разрыв матки по рубцу наступил в 27 случаях и в других отделах матки — в 9 случаях.

Механизм возникновения и клиническое течение их значительно отличаются от самопроизвольных и насильственных разрывов. Статистические данные и клинические наблюдения показывают, что эти разрывы чаще всего возникают после операции кесарева сечения при корпоральном и реже при поперечном разрезе в нижнем сегменте матки.

Наличие рубца на матке способствует прикреплению плаценты в области рубца с врастанием ворсин хориона и часто сопровождается деструктивными изменениями в нем (Е. И. Беляев, 1960, Г. В. Василевский, Е. К. Исаева, 1957, Л. С. Персианинов и др., 1954).

При рубцах на матке часто бывают разрывы вне лечебных учреждений. Поэтому настоятельно должна быть рекомендована госпитализация беременных за 2—3 недели до предполагаемого срока родов, а при наличии болей в области рубца — вне зависимости от срока беременности.

Благоприятный исход родов наблюдается в случаях, когда заживление послеоперационной раны наступило первичным натяжением и имеется анатомическое и функциональное соответствие между размерами таза и подлежащей частью плода.

Клиническая картина разрыва по рубцу сходна с картиной при других острых заболеваниях органов брюшной полости — перекрученной кисте, остром аппендиците, кишечной непроходимости, печеночной и почечной колике. При прорастании ворсин с деструк-

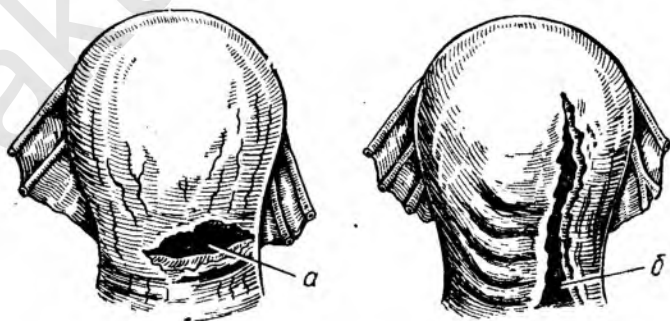


Рис. 69. Разрыв матки:
а — поперечный в нижнем сегменте; б — продольный.

тивными изменениями в стенке матки клинические признаки разрыва нарастают медленно. Отверстие при этом обычно небольшое, кровь в брюшную полость вытекает медленно, боли иррадируют в подложечную область, лопатку, появляется головокружение, тошнота, иногда рвота, учащается пульс и др. Из всех симптомов, встречающихся при этом, ведущим обычно является раздражение брюшины.

Л. С. Персианинов (1954) предлагает следующую классификацию разрывов матки:

- I. По времени происхождения
1. Разрывы во время беременности
 2. Разрывы во время родов

- II. По патогенетическому признаку
1. Самопроизвольные разрывы матки
 - а) механические (при механическом препятствии для родоразрешения при здоровой маточной стенке)
 - б) гистопатические (при патологических изменениях маточной стенки)
 - в) механическо-гистопатические (при сочетании механического препятствия для родоразрешения и патологических изменений маточной стенки)
- типичные
ати-
пичные

- III. По клиническому течению
1. Угрожающий разрыв
 2. Начавшийся разрыв
 3. Совершившийся разрыв

- IV. По характеру повреждения
1. Трещина (надрыв)
 2. Неполный разрыв (не проникающий в брюшную полость)
 3. Полный разрыв (проникающий в брюшную полость)

- V. По локализации
1. Разрыв в дне матки
 2. Разрыв в теле матки
 3. Разрыв в нижнем сегменте
 4. Отрыв матки от сводов влагалища

Этиология и патогенез. Известно, что с началом родовой деятельности с каждой схваткой сокращается главным образом полый мускул — мускулатура тела и дна матки. Из перешейки и шейки формируется нижний сегмент, который растягивается и истончается настолько, что является как бы продолжением влагалища.

При нормально протекающих родах перерастяжения нижнего сегмента не происходит, сглаженная шейка по головке плода поднимается вверх, а головка опускается в полость малого таза. При анатомически и функционально узком тазе головка длительное время остается прижатой ко входу в малый таз, что приводит к ущемлению мягких тканей. Продолжающаяся родовая деятельность чрезмерно растягивает стенки нижнего сегмента (до 1,5 — 1 мм), контракта-

онное кольцо поднимается все выше и выше, а плод изгоняется в перерастянутый нижний сегмент матки. И если не будет оказана своевременная помощь, может наступить самопроизвольный разрыв матки. Если же в момент наибольшего растяжения нижнего сегмента будет оказано, иногда небольшое, внешнее воздействие (грубое исследование, оперативное пособие), может возникнуть насильственный разрыв матки.

В возникновении разрывов матки существуют две точки зрения. Одни акушеры (Бандль, 1875) в этиологии разрывов придерживаются механической теории. Другие (Н. З. Иванов, 1901; Я. В. Вербов, 1911, 1913) причины разрывов матки усматривают в структурных изменениях самой стенки матки.

Бандль объяснял возникновение разрыва матки пространственным несоответствием в родах между подлежащей частью плода и размерами таза матери. По его мнению, матка во время родов делится на две части — активную, сокращающуюся, и пассивную — подвергающуюся только растяжению (нижний сегмент). При этом под влиянием бурной родовой деятельности растяжение нижнего сегмента достигает наивысшей степени, плод как бы рождается из верхней активной в нижнюю пассивную часть матки. И в тех случаях, когда наступает перевес полового мускула над относительно слабо развитым тонким слоем нижнего сегмента, возникает разрыв матки.

Таким образом, по теории Бандля, необходимым условием для разрыва является механическое препятствие к продвижению плода по родовым путям матери при наличии бурной родовой деятельности. Непосредственной же причиной является узкий таз, неправильное положение плода, крупный плод, некоторое уродство плода, опухоли и сужения мягких тканей в нижних отделах родового канала.

Н. З. Иванов (1911), в противоположность Бандлю, считал неправильным деление матки на активную и пассивную части. По его мнению, обе части органа во время родов активны. Изучая строение матки в норме, автор установил, что в передней и задней стенках матки и задней стенке шейки матки имеется довольно толстый наружный слой. На передней стенке в области нижнего сегмента наружный слой отсутствует. Это самая слабая и самая тонкая часть, она больше всего растягивается во время беременности и родов и легче всего подвергается разрыву.

Занимаясь изучением морфологических изменений мышечных волокон матки после разрыва, он во многих случаях находил значительные рубцовые изменения, сопровождающиеся атрофией и исчезновением мышечных волокон. На этом основании Н. З. Иванов считал, что при узких тазах у первородящих самопроизвольных разрывов не бывает потому, что мягкие ткани у них во время родов не подвергаются ущемлению, «разминанию и протиранию». Для разрыва матки нужна подготовка при предшествующих родах в виде

потери вещества матки в результате протирания головкой о кости входа.

Я. Ф. Вербов, разделяя точку зрения Н. З. Иванова и критически оценивая теорию Бандля, выставил свою противоположную теорию, по которой причину разрыва матки он усматривал в патологических изменениях стенки матки, указывая, что здоровая ткань матки не разрывается. Наступившие же патологические изменения в мускулатуре приводят к функциональной недостаточности ее, к слабости родовой деятельности с самого начала родов. По его мнению, перед разрывом верхний отдел матки работает не слишком энергично, а, наоборот, слабо. Нижний же сегмент не истончается, а парализуется, и судорожные боли появляются не перед разрывом матки, а в момент начинающегося разрыва.

Н. З. Иванов и Я. Ф. Вербов в основном правильно разрешили вопрос, но, отвергая теорию Бандля, впали в другую крайность. Такой подход в дальнейшем привел к ошибочному учению о так называемых бессимптомных разрывах матки. Термин «бессимптомный разрыв матки» должен быть совершенно исключен, как дезориентирующий мышление врача. Внимательное наблюдение за течением клинической картины, предшествовавшей разрыву, позволяет уловить признаки, указывающие на приближение разрыва (В. Я. Илькевич, И. Ф. Жордания, В. И. Бодяжина и др.). Последующими гистологическими исследованиями Б. Н. Иванова (1935), Б. В. Азлецкого, В. А. Покровского (1947), Л. С. Персианинова (1954), В. И. Бодяжиной (1959) и других доказано, что теория Бандля применима лишь в небольшом проценте случаев. Только механические препятствия являлись причиной разрыва матки: по Л. С. Персианинову — в 16,8%, по Е. Е. Матвеевой и В. Г. Хреновой (1963) — в 16—18%. У остальных женщин механические факторы, приводящие к разрыву, отсутствовали, и основной причиной послужили изменения в структуре стенки матки воспалительного, дегенеративного характера, рубцовые и другие особенности строения мускулатуры матки.

Анализируя 262 случая, Л. С. Персианинов показал, что бурная родовая деятельность предшествовала разрыву в 10% случаев, нормальная — в 45%, а слабая родовая деятельность и даже отсутствие (при беременности) отмечена также в 45% случаев.

По-видимому, и при механическом препятствии и наступившем перерастяжении нижнего сегмента имеет место сочетание с патологическими изменениями в мускулатуре матки (ишемия, кровоизлияние, явления дегенерации), которые понижают эластичность мышечной ткани и способствуют возникновению разрыва. Следовательно, патологические изменения в стенке матки являются predisposing, а механические факторы — выявляющими эту несостоятельность.

Таким образом, следует вывод, что бессимптомных разрывов матки не бывает и что основной причиной разрыва матки чаще всего являются патологические изменения в структуре матки, реже —

механические препятствия. Поэтому внимательное наблюдение за женщиной во время родов поможет врачу выявить клиническую картину не только с классическим симптомокомплексом, но и с резко выраженными симптомами угрожающего разрыва матки. Знание и умение вовремя заметить эти симптомы представляет большую практическую ценность.

По клиническому течению все разрывы матки одни авторы (А. П. Николаев, 1958; Ф. И. Жордания) делят на три стадии: угрожающий, начавшийся, но незавершившийся, и завершившийся разрыв матки. Нередко разграничить понятие начавшегося и совершившегося разрыва очень трудно, так как он ограничен во времени, зачастую исчисляется не только минутами, но даже секундами. Другие авторы (И. И. Яковлев, Р. Р. Макаров, К. М. Фигурнов, 1965 и др.) считают наиболее целесообразным делить все разрывы на две основные группы — угрожающий и совершившийся.

Д и а г н о с т и к а угрожающего разрыва матки. Клиническая картина угрожающего разрыва матки весьма разнообразна и в значительной степени зависит от причин, приводящих к данной патологии. Наиболее ясная картина наблюдается при механических препятствиях, в продвижении плода, при так называемом Бандлевском симптомокомплексе угрожающего разрыва и состоит она в следующем. Несмотря на бурную родовую деятельность и отхождение вод, при полном открытии наружного зева предлежащая часть длительное время остается прижатой ко входу в малый таз. Начинает формироваться перерастяжение нижнего сегмента. Матка вытягивается в длину, отклоняется в сторону, принимает форму песочных часов. Круглые связки напряжены и болезненны, особенно левая. Контракционное кольцо находится на уровне пупка или выше, часто принимает косое направление. Родовая деятельность бурная, схватки следуют одна за другой, паузы между ними все укорачиваются, и наконец матка может перейти в тетаническое состояние. Верхняя половина матки хорошо контурируется, плотна. Нижняя часть расплывчата, без четких контуров, резко болезненна при пальпации, причем болезненность сохраняется и вне схваток, вследствие чего невозможно определить части плода. Иногда развиваются преждевременные потуги как защитный рефлекс против перерастяжения. Наружные половые органы отекают. Однако следует помнить, что переполнение мочевого пузыря может симулировать картину, наблюдающуюся при угрожающем разрыве матки. Осторожное опорожнение мочевого пузыря рассеивает сомнения.

Весьма характерно поведение самой роженицы. Она беспокойна, жалуется на распирающую боль в животе, хватается руками за живот, кричит, взывает о помощи, непроизвольно тужится при высоко стоящей головке, губы и язык сухие, дыхание и пульс резко учащены, иногда повышается температура, что объясняется чрезмерной мышечной работой, в глазах — выражение страха. Сердце-

биение плода, вследствие нарушения маточно-плацентарного кровообращения, ухудшается, а иногда совсем не прослушивается.

При влагалищном исследовании определяется полное раскрытие наружного зева, причем нередко передняя губа отечна, ущемлена между предлежащей головкой и костями таза. Ущемление же при бурной родовой деятельности создает реальную угрозу разрыва матки, либо, вследствие нарушения кровообращения, способствует «притиранию» ее вместе со стенкой мочевого пузыря, что может привести к образованию пузырно-шеечного свища.

Классическая картина «бандлевского» разрыва настолько типична, что при внимательном наблюдении за течением родового акта ее трудно не заметить, но подобные разрывы встречаются редко.

Приведенные выше признаки часто бывают выражены слабо, и только глубокое знание симптоматики атипично протекающих разрывов облегчает своевременное распознавание разрывов матки.

Д и а г н о с т и к а а т и п и ч н о п р о т е к а ю щ и х у г р о ж а ю щ и х р а з р ы в о в. Клиническая картина атипично протекающих угрожающих разрывов бывает весьма разнообразной, в зависимости от характера и глубины патологических изменений стенки матки (рубцовые, воспалительные, дегенеративные и др.), при которых уже с самого начала родовая деятельность бывает слабой. Поэтому до настоящего времени остается в силе положение, высказанное Я. Ф. Вербовым, что не сила, а слабость есть источник разрыва, т. е. патологические изменения в матке при слабой родовой деятельности могут привести к разрыву чаще, чем бурная родо-вая деятельность здоровой матки.

Для правильной диагностики большое значение имеет тщательное собрание анамнеза и внимательное наблюдение за течением беременности и родового акта. Встречаются нередко случаи, когда атипичный угрожающий разрыв матки протекает с бедным симптомокомплексом или с превалированием одного или нескольких признаков.

Особого внимания во время беременности и во время родов требуют те женщины, у которых в анамнезе была операция кесарева сечения, энуклеация фиброматозных узлов, перфорация матки при производстве аборта, длительно протекающие предыдущие роды, наложение акушерских щипцов, ручное отделение последа, тяжелые воспалительные процессы матки после родов или аборт и другие осложнения. В подобных случаях у них уже во время беременности могут возникать разлитые или локальные боли в рубце или внизу живота. Иногда недооценивается течение предыдущих, благополучно закончившихся родов. Тщательно собранный анамнез позволяет выяснить, что предыдущие роды тянулись очень долго, были трудными. В этих случаях могли наступить структурные изменения в стенке матки, приводящие при последующих родах более крупным плодам, к разрыву матки.

К числу симптомов угрожающего разрыва матки во время ро-

дов могут быть отнесены судорожные боли, сопровождающиеся беспокойством при слабых, объективно непродуктивных схватках, болезненная произвольная потужная деятельность при высоко стоящей головке и полном открытии наружного зева.

Особого внимания требуют случаи затяжных родов у многорожавших с подвижной над входом в малый таз головкой после отхождения вод, со слабыми, но болезненными схватками, сопровождающимися изменением сердечных тонов и очень активными движениями плода, а также высокое стояние и косое направление (вместо поперечного) ретракционного кольца (М. С. Малиновский). Появление припухлости над лоном, вследствие отека предпузырной клетчатки, который ошибочно может быть принят за переполненный мочевой пузырь, затрудненное мочеиспускание при перерастянтом и распластанном на матке мочевом пузыре, примесь крови в моче также являются признаками угрожающего разрыва матки.

Таким образом, правильная оценка анамнестических данных, внимательное наблюдение за течением беременности и родового акта дает возможность своевременно заметить и распознать признаки угрожающего разрыва и оказать необходимую акушерскую помощь.

Лечение угрожающего разрыва матки. Терапия угрожающего разрыва матки должна проводиться немедленно, как только установлен диагноз. Такая большая нетранспортбельна. Лишь в исключительных случаях, когда совершенно нет условий для родоразрешения на месте, после введения морфина и дачи ингаляционного наркоза допустима транспортировка в ближайшее лечебное учреждение в сопровождении врача или акушерки.

Первым мероприятием в борьбе с надвигающейся катастрофой должно быть выключение родовой деятельности еще до перевода в операционную путем применения глубокого ингаляционного наркоза, эфирного или лучше эфирно-кислородного, и применение понтапона и сернокислой магнезии. Задача состоит в том, чтобы предупредить переход угрожающего в совершившийся разрыв. Неглубокий ингаляционный наркоз и инъекции могут предотвратить развитие шока, но не разрыв матки. Во время глубокого наркоза производят весьма бережное внутреннее исследование и родоразрешающую операцию — кесарево сечение или одну из плодоразрушающих операций (в зависимости от сложившихся обстоятельств).

Категорически противопоказано наложение акушерских щипцов и поворот плода даже при кажущейся его подвижности. Методы родоразрешения должны быть также щадящими и бережными. Не следует забывать, что малейшее грубое действие, как, например, оттеснение головки кзади и книзу или отталкивание кверху введенными во влагалище пальцами при опорожнении мочевого пузыря, может вызвать разрыв или увеличить уже имеющуюся травму.

Если плод живой, а подлежащая часть прижата ко входу или слегка фиксирована во входе в малый таз, наиболее рациональным

методом в условиях больницы будет абдоминальное кесарево сечение, при мертвом плоде — плодоразрушающая операция. Там, где условия отсутствуют (в практике участкового врача), когда матери грозит смертельная опасность, врач вынужден прибегать к плодоразрушающей операции даже на живом плоде.

Операцию перфорации головки следует проводить *in situ*, захватив ее двузубцами. Подвижную головку, во избежание дополнительной травмы, нельзя фиксировать через брюшную стенку.

При запущенном поперечном положении показана эмбриотомия. Выполнить эту операцию путем декапитации может быть трудно и даже невозможно, вследствие недоступности высоко расположенной шейки плода. Л. С. Персианинов, А. В. Марковский, В. Штекель рекомендуют производить не декапитацию, а рассечение позвоночника после удаления внутренностей. В отдельных случаях, когда плод плотно охвачен маткой и под глубоким наркозом она не расслабляется, допустимо производство операции кесарева сечения, однако необходимо учитывать опасность инфекции для матери при этом виде оперативного вмешательства.

При тазовых предлежаниях после извлечения плода необходимо производить перфорацию последующей головки. Практический акушер должен учитывать некоторую вариабильность клинической картины угрожающего разрыва для правильной постановки диагноза этого тяжелого осложнения в период беременности и во время родов.

Диагностика совершившегося разрыва матки. Клиническая картина совершившегося разрыва матки развивается на фоне угрожающего разрыва, когда признаки его остаются нераспознанными и не оказана своевременная помощь. В таких случаях только что наблюдавшаяся бурная родовая деятельность, заставлявшая роженицу громко кричать, внезапно прекращается и сменяется «грозной тишиной». Нередко при этом сама женщина отмечает, что в момент короткой чрезвычайно острой боли в животе у нее как будто что-то разорвалось. Вскоре эти боли постепенно затихают, схватки прекращаются, роженица перестает кричать, остается лишь тупая боль в животе. При пальпации определяется болезненность всего живота, особенно нижней его половины, появляется метеоризм, атония кишечника. Наружное кровотечение бывает иногда сильным, иногда умеренным и даже совсем отсутствует в зависимости от локализации разрыва. Создается впечатление наступившего облегчения. Однако картина эта вскоре начинает изменяться — появляется внутреннее кровотечение, сопровождающееся нарастанием признаков малокровия. Одновременно появляется бледность кожных покровов, головокружение, тошнота, рвота, икота, пульс становится частым, до 100—120 ударов, напряжение падает, и постепенно пульс переходит в нитевидный, артериальное давление снижается до 70 мм и ниже. Падение артериального давления обычно связывают с тяжелым внутрибрюшным

кровотечением, в результате которого может наступить смерть роженицы.

Наблюдения показывают, что нередко встречаются случаи, когда и при умеренном внутрибрюшном кровотечении отмечается очень тяжелое общее состояние, которое не может быть объяснено только вторичной анемией. Развивается типичная картина травматического шока с резким перитонеальным инсультом (в результате перераздражения нервных рецепторов), в связи с резким падением внутрибрюшного давления при полном или частичном перемещении плода, а иногда и плаценты, из матки в брюшную полость.

По наблюдениям В. А. Покровского (1953), если не будет оказана немедленная помощь, через несколько часов может развиваться клиническая картина вторичного, торпидного шока, при котором роженица как бы скована, лежит неподвижно, апатична, лицо покрыто холодным липким потом, на вопросы отвечает шепотом, монотонно. Отчетливо выраженное контракционное кольцо исчезает, живот принимает неправильную форму, через брюшную стенку легко прощупываются части плода. Ранее фиксированная во входе в малый таз предлежащая часть становится подвижной. В относительно редких случаях головка остается фиксированной и при разрыве может еще некоторое время продолжаться родовая деятельность. Внимательное наблюдение за роженицей показывает, что хотя признаки бурно развивающейся катастрофы в ряде случаев и отсутствуют, тем не менее имеется достаточно признаков, на основании которых можно распознать разрыв матки. К ним относятся: судорожные болезненные схватки после отхождения околоплодных вод и беспокойство роженицы при объективно слабых, непродуктивных схватках, при высоко стоящей головке, резкая болезненность нижней половины живота, внутриутробная асфиксия и гибель плода. Внезапно наступившее кровотечение из родовых путей, изменение формы живота, симптом раздражения брюшины указывают на разрыв матки, даже если давление или пульс остаются в пределах нормы и выслушивается сердцебиение плода. Подозрение на разрыв матки может вызвать задержка последа в матке и безуспешность выделения его по методу Лазаревича—Креде.

Из дополнительных методов следует указать на катетеризацию мочевого пузыря. При разрыве его при катетеризации получают лишь несколько капель крови. При целости же, но при наличии травмы стенки либо застойной венозной гиперемии получают мочу, окрашенную кровью. После плодоразрушающих операций, поворота и извлечения за ножку при поперечных положениях плода и других вмешательствах, после выделения последа необходимо произвести ручное обследование полости матки. Незамеченный разрыв в ближайшие дни осложняется инфекцией — развивается перитонит, сепсис. Надо помнить о возможности разрыва матки у рожениц, перенесших операцию кесарева сечения, и у многорожавших, особенно с умеренно выраженными сужениями таза, и учитывать

самые, казалось бы, незначительные симптомы, так как нередко клиническая картина бывает стертой и разрыв происходит медленно, по типу расползания тканей.

Несколько сложнее распознать неполный разрыв матки, когда нарушена целостность слизистого и мышечного слоев. В таких случаях плод обычно остается полностью или частично в матке, родовая деятельность может продолжаться и даже могут наступить самопроизвольные роды (И. Л. Брауде, Л. С. Персианов, Жолли и др., 1954). По данным Л. С. Персианова (1947), из 262 случаев разрывов матки самопроизвольные роды произошли у 25 женщин, причем в 11 случаях — живыми плодами.

Характерным симптомом при неполном разрыве является появление и нарастание подбрюшинной гематомы, от локализации которой и калибра поврежденного сосуда зависит ее величина. Наиболее неблагоприятны разрывы в нижнем сегменте и по ребру матки, при которых сбоку от матки, расслаивая листки широкой связки, появляется и быстро увеличивается подбрюшинная гематома. Нарастающая опухоль оттесняет матку в противоположную сторону. Роженица испытывает резкую боль внизу живота, при пальпации опухоль мягковатой консистенции, резко болезненна. В некоторых случаях она не ограничивается межсвязочным пространством, а по забрюшинной клетчатке поднимается до околопочечной клетчатки, вызывая, как указывает И. Л. Брауде, резкие боли в крестце с иррадиацией в ногу со стороны расположения гематомы.

Г. Г. Гентер, И. Л. Брауде (1941), Н. Н. Султан и Л. И. Мошинская (1957) указывают на ощущение при ощупывании живота «хруста снега», как на проявление эмфиземы подбрюшинной клетчатки при неполных разрывах матки.

По мере образования гематомы появляются и нарастают признаки малокровия: усиливающаяся бледность кожных покровов и слизистых оболочек, учащение пульса, снижение артериального давления, падение гемоглобина. Вследствие раздражения брюшины могут возникнуть тошнота, рвота, икота, запоры и другие признаки. Невнимательное наблюдение в таких случаях может привести к запоздалому диагнозу. В результате инфицирования раны уже спустя 1—2 дня появляются симптомы перитонита. Так, по сборной статистике Л. С. Персианова, правильный диагноз в момент наступившего разрыва поставлен был лишь в 51%, при ручном удалении послеродового лохотка или подозрении на совершившийся разрыв — в 20%. В некоторых случаях правильный диагноз был установлен при нарастании признаков внутреннего кровотечения либо еще позже — при проведении оперативного вмешательства по поводу развившегося перитонита или предполагаемой непроходимости, а в отдельных случаях — только на секции. Вот почему при малейшем подозрении на разрыв необходимо ручное обследование матки для снятия или подтверждения подозрения.

Наибольшие трудности встречаются при постановке диагноза

разрыва матки во время беременности. Эти осложнения чаще встречаются во второй ее половине при наличии рубца на матке после перенесенной операции кесарева сечения или перфорации при производстве аборта, энуклеации фиброматозных узлов, глубоких деструктивных изменениях воспалительного или дегенеративного характера. В таких случаях появляются боли внизу живота или в области послеоперационного рубца. За несколько дней или часов боли усиливаются, появляются кровянистые выделения из влагалища, иногда — выпячивание в области рубца. В момент разрыва возникает резкое усиление боли в животе, быстро развиваются симптомы малокровия и шока, угрожающая асфиксия плода; при большой кровопотере плод быстро погибает.

Начальные признаки разрыва могут остаться незамеченными, и угроза разрыва может быть принята за пищевую интоксикацию, сердечную слабость и другие заболевания. Однако при внимательном наблюдении за состоянием роженицы, при вдумчивой оценке наблюдаемых признаков можно поставить правильный диагноз.

Т е р а п и я с о в е р ш и в ш е г о с я р а з р ы в а м а т к и. Еще не так давно при совершившемся разрыве матки методом выбора было консервативное родоразрешение (И. Н. Александров, 1900; Н. И. Кушталов, 1913; и др.). Н. И. Побединский (1908) рекомендовал производить лапаротомию в тех случаях, когда плод вышел в брюшную полость или если, несмотря на тампонаду матки, продолжается кровотечение. В остальных случаях Н. И. Побединский советовал роды закончить осторожно, влагалищным путем, с последующей тампонадой матки асептической марлей, тугим бинтованием нижней части живота, применением пузыря со льдом и назначением внутрь опиума.

В настоящее время широкое развитие хирургической помощи не только в районных, но и во многих сельских участковых больницах позволило пересмотреть точку зрения в отношении оказания помощи при совершившихся разрывах матки. Практика показала, что единственно правильной тактикой врача должно быть хирургическое лечение, независимо от его происхождения и формы. Оно позволило более чем вдвое снизить материнскую смертность. Так, по данным В. И. Ледомского (1909), из 128 случаев разрыва матки при консервативных методах лечения умерло 52,6%, а при хирургических — 28,2%. На основании анализа 128 случаев, наблюдаемых Л. С. Персианиновым (1935), летальность при консервативных методах лечения составила 77,4%, при хирургических — 33,7%. Как правило, операция должна быть произведена в том учреждении, где произошел разрыв, и притом немедленно, как только установлен этот диагноз. Промедление ухудшает общее состояние роженицы и тем самым оказывает решающее влияние на исход лечения. Так, по данным Клейн—Попова, смертность среди оперированных в первые два часа составила 29%, а среди оперированных по истечении двух часов — 42%.

Нежелательной является транспортировка больной с разрывом матки. В отдельных случаях, когда нет возможности оказать оперативную помощь на месте, целесообразнее вызвать врача акушера-гинеколога ближайшего города или района и только в исключительных случаях, что крайне нежелательно, перевозка таких больных в другое лечебное учреждение может быть допущена в сопровождении медработника.

Предварительное родоразрешение, как исключение, допустимо лишь в тех случаях, когда головка плода находится в полости или в выходе малого таза. В таких случаях показана перфорация и краниоэклизия с последующим немедленным чревосечением.

Непозволительно производить родоразрешение влагалищным путем при запущенных поперечных положениях и когда головка прижата или стоит малым сегментом во входе в малый таз. При такой акушерской ситуации, в зависимости от места и величины разрыва, подлежащая часть иногда может путем прижатия уменьшить и даже остановить кровотечение. И наоборот, эмбриотомия или краниоэклизия могут привести к увеличению разрыва или ухудшить общее состояние роженицы. В. А. Покровский рекомендует во всех случаях диагностированного разрыва производить лапаротомию без предварительного влагалищного родоразрешения. Кроме потери крови, решающим в исходе этого грозного осложнения является тяжесть травматического шока, всегда сопровождающего разрыв матки.

Из приведенных В. А. Покровским 18 случаев разрыва, в 11 случаях был шок III степени, т. е. когда артериальное давление было 75—70 мм рт. ст. и ниже, а в 5 из них вовсе не определялось. Аналогичные наблюдения отмечены и Л. С. Персианиновым. Поэтому при установлении разрыва матки следует немедленно приступить к протившоковой терапии.

Наилучшим средством борьбы с шоком и острым малокровием является переливание крови, протившоковой жидкости, 5% раствора глюкозы, физиологического раствора и других кровезаменителей.

Опасение ухудшить общее состояние больной в тяжелых случаях шока переливанием крови и кровезаменителей до производства операции чревосечения обычно преувеличено, ибо при разрывах матки кровотечение прекращается не только вследствие падения артериального давления, но и от других причин. К ним относятся: сокращение мускулатуры матки, особенно при выходе плода в брюшную полость, скручивание разорванных сосудов вокруг своей оси, иногда прижатие или тампонада подлежащей частью плода травмированного места, свертываемость крови и др. Переливание крови при разрывах является обязательным. Оно оказывает кровозаменяющее, стимулирующее и профилактическое действие против развития в последующем инфекции. Критерием в таких случаях служит артериальное давление. Если оно пало

до 80—70 *мл*, для смягчения или устранения травматического шока необходимо начать переливание крови. Операцию желательнее проводить после того, как состояние больной станет несколько лучше. Если же состояние больной не улучшится, необходимо приступить к операции при неотступном наблюдении за состоянием больной и продолжении мер борьбы с шоком и анемией.

Трансфузия крови до операции является в такой же степени необходимой, как во время и после операции. Первое переливание крови следует производить струйным методом не менее 500 *мл* до 1 л при большой кровопотери, а затем перейти на капельное введение крови, из расчета 60—80 капель в 1 минуту.

Весьма полезным средством при острой кровопотере и кислородном голодании является введение эритроцитарной массы, содержащей до 120% гемоглобина и 6 000 000—9 000 000 эритроцитов в 1 *мл*³ (В. П. Шишкова). Учитывая то обстоятельство, что эритроцитарная масса не обладает гемодинамическими свойствами, переливать ее целесообразнее после трансфузии цельной крови. Преимущества ее перед цельной кровью заключаются в том, что при переливании эритроцитарной массы значительно реже встречаются посттрансфузионные реакции. Это позволяет применять ее при дальнейшем лечении больных, перенесших шок, анемию и операционную травму, через более короткие промежутки (через 1—2 дня и даже ежедневно). Кроме того, она является весьма полезной при лечении вторичной анемии, интоксикации, сопровождающей септические процессы, при недостаточности сердечно-сосудистой системы, печени.

Л. С. Персианинов рекомендует применять во время операции и в послеоперационном периоде кроме крови и кровезаменителей комплексный раствор следующего состава: 10% раствора бромистого натрия — 10 *мл*, 33% спирта — 20 *мл*, 40% раствора глюкозы — 30 *мл*, 10% аскорбиновой кислоты — 5 *мл*, 0,6% витамина В₁ — 1 *мл* и 10% хлористого кальция — 10 *мл*. По его мнению, этот комплексный раствор способствует нормализации соотношений между корой и подкорковыми центрами, благотворно влияет на общее состояние больной, улучшает деятельность сердечно-сосудистой системы и дыхания.

В тяжелых случаях, когда при шоке и анемии трансфузия 250—500 *мл* не оказывает заметного эффекта и общее состояние больной продолжает ухудшаться, необходимо от внутривенного перейти на внутриартериальное переливание крови, которое является очень благоприятным средством при большой кровопотере и шоке. Кроме переливания крови, противошоковых и других растворов важное значение имеет метод обезболивания при лапаротомии. Клинические наблюдения (В. А. Покровский, А. А. Терехова, Л. С. Персианинов, В. И. Бодяжина и др.) показывают, что у обескровленных больных и при шоковых состояниях целесообразнее применять местно новокаиновую инфильтрационную анестезию. В тех случаях,

когда невозможно полностью осуществить обезболивание, добавляют эфирно-кислородный наркоз или закисью азота.

Операция сводится к чревосечению срединным разрезом между пупком и лобком. Вскрыв брюшную полость, удаляют плод, послед и марлевым тампоном — сгустки крови, осматривают рану, ее расположение и избирают наиболее щадящий метод оперативного вмешательства. Еще совсем недавно методом выбора была надвлагалищная ампутация, реже — экстирпация поврежденной матки,

Накопленный в течение последних десятилетий опыт показал, что объем оперативного вмешательства зависит от общего состояния больной. В тех случаях, когда тяжесть состояния не позволяет произвести ампутацию или экстирпацию матки, ограничиваются менее травматичной операцией — после остановки кровотечения освежают края раны и ушивают разрыв. Наблюдения показали, что даже и в таких случаях благоприятный исход лучше, чем при больших травматичных вмешательствах. В. А. Покровский, Л. С. Персианинов, А. А. Терехова, Н. Е. Сидоров, И. Ф. Жордания, В. Г. Хренова, Е. Е. Матвеева и другие рекомендуют чаще прибегать к ушиванию, где это допустимо: при свежем разрыве, при отсутствии признаков и указаний на возможность инфекции, при разрыве по рубцу, в теле или дне матки, небольшой величине раны и отсутствии значительного разможнения краев раны. Чем проще оперативное вмешательство, тем благоприятнее исход.

На сборном статистическом материале в 1000 случаев Л. С. Персианинов показал преимущество более консервативных операций: при ушивании разрыва материнская смертность составила 14,7% (38,4% больных), при ампутации матки — 25,3% (46,2% больных) и при экстирпации — 33,3% (15,4% больных).

Таким образом, смертность при ушивании краев раны более чем в два раза ниже по сравнению с надвлагалищной ампутацией и экстирпацией матки. К аналогичным выводам, на основании своих наблюдений, пришли В. А. Покровский, В. Г. Хренова, Н. Е. Сидоров и другие авторы.

Матку удаляют при наличии обширной рваной раны, сообщаемой с влагалищем, которая, как правило, быстро и легко инфицируется и может служить источником дальнейшего распространения инфекции.

Экстирпацию матки чаще производят при разрывах матки в нижнем сегменте с наличием гематомы или когда разрыв переходит на своды и стенки влагалища, а также при отрыве влагалищных сводов. При более высоком расположении раны производят ампутацию матки, по возможности оставляя хотя бы небольшой участок слизистой, с тем чтобы в последующем сохранить менструальную функцию у женщины.

По окончании операции и туалета брюшной полости рекомендуют вводить в брюшную полость по 500 000 МЕ пенициллина и стрептомицина. В послеоперационном периоде по показаниям наз-

начают сульфаниламидные препараты, антибиотики, витамины, сердечные средства.

Внедрение в широкую практику методов переливания крови и кровезаменителей, антибиотиков, сульфаниламидных и других препаратов, более раннее распознавание и более рациональная оперативная помощь позволили снизить материнскую смертность. Если по сборной статистике, проведенной Л. С. Персианиновым за 1909—1941 гг., летальные исходы наступили в 47 %, то по данным И. Ф. Жордания (1948), она составила 35 %, по О. В. Макеевой (по московским родильным домам), за 1945—1949 гг. — 36,6 %.

Исход оперативных вмешательств еще совсем недавно зависел от последующей инфекции. Так, Pfort (цит. по Л. С. Персианинову) наблюдал неблагоприятные исходы в 40% от острой анемии и в 60 % — от перитонита и сепсиса.

Профилактика разрывов матки во время беременности и родов должна заключаться в повышении квалификации врачей акушеров-гинекологов и улучшении организации работы всех звеньев родовспомогательных учреждений.

Система советского здравоохранения с ее профилактическим направлением, настойчивое проведение в жизнь профилактических мероприятий обеспечивают снижение числа разрывов матки. Совершенно прав А. П. Николаев, который говорит, что разрыв надо предвидеть. Это значит, что надо знать все акушерские ситуации, которые могут привести к разрыву матки, и уметь вовремя оказать необходимую помощь. Поэтому знание своеобразной клинической картины разрывов матки является важнейшей мерой их профилактики. Для этого каждая беременная при первом посещении женской консультации, поликлиники, здравпункта промышленного предприятия должна быть тщательно обследована. Необходимо проводить среди женщин санитарно-просветительную пропаганду, направленную на борьбу с абортами, чтобы каждая беременная была взята на учет в ранние сроки беременности.

Обязательным является осмотр у каждой беременной влагалища и шейки матки в зеркалах, измерение диагональной конъюгаты, выявление рубцовых изменений и опухолей в малом тазу.

Особого внимания требуют первородящие женщины и повторно-родящие с отягощенным акушерским анамнезом: с узкими тазами (наружная конъюгата 18 см и ниже), перенесшие операцию на матке (кесарево сечение, энуклеация фиброматозных узлов, ушивание перфорированной матки после аборта), с крупным и переносенным плодом, поперечным положением, анте- и интранатальной гибелью плода и др.

При обследовании следует обратить внимание на строение таза, костные заболевания и перенесенные повреждения таза. Все эти беременные подлежат систематическому патронажу и госпитализации за 10—15 дней до предполагаемого срока родов, а при наличии болей в рube — независимо от срока беременности.

Во всех случаях ведения родов необходимо производить вагинальное исследование, для определения раскрытия шейки матки и динамики родового акта. В дальнейшем исследование следует проводить повторно — для получения точных данных о степени раскрытия маточного зева, продвижения плода и механизма родов. Акушер-гинеколог должен помнить, что если у первородящих после полного открытия зева не позже чем через 3—4 часа, а у повторнородящих — через 2 часа (при наличии регулярной родовой деятельности) плод не родился, показано родоразрешение — кесарево сечение или влагалищная операция, в зависимости от акушерской ситуации. Недопустимым является поворот плода при запущенном поперечном его положении наложение высоких щипцов.

Краниотомия при высоко стоящей головке спондилотомия и декапитация таят в себе опасность травмирования мягких тканей. При перерастянтом нижнем сегменте матки все манипуляции, а также родоразрешение должны быть очень бережными и притом под глубоким наркозом.

Особенно важной профилактика разрывов матки является в условиях сельской местности, где нет возможности оказать своевременную помощь на месте. Поэтому все случаи патологически протекающей беременности следует заранее (за 2 недели) направлять в учреждение с более квалифицированными врачами. В тех случаях, когда в практике врача участка либо фельдшера или акушерки возникают сомнения, либо выясняются из анамнеза патологические данные, — беременную или роженицу также необходимо направить к более квалифицированному специалисту. При направлении на консультацию или в стационар все данные наблюдений за течением беременности (анамнез, размеры таза, данные анализов крови, мочи, артериальное давление и др.) должны быть занесены в индивидуальную карту.

Таким образом, имеется полная возможность проведением комплекса мероприятий предупредить разрывы матки, которые еще встречаются при плохой организации акушерской помощи.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ОПУХОЛИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

В практике нередко встречаются беременные, у которых имеются опухоли половых органов различных локализаций. Часто о наличии их беременная не подозревает, а иногда, зная, что имеется опухоль, допускает беременность.

В зависимости от характера и величины опухолей, их анатомического расположения могут быть осложнения, сопровождающиеся разными симптомами: кровотечением, болями в животе, нарушением функции соседних с половыми органами и, наконец, беременность может осложниться выкидышем или преждевременными родами.

Остановимся на наиболее часто встречающихся опухолях, сочетающихся с беременностью.

Диагностика ранних сроков беременности при миоме порою очень затруднена, ибо форма, величина, консистенция матки изменены за счет узлов опухоли. Однако анамнестические данные, увеличение размеров матки, наличие других признаков беременности и положительные гормональные реакции Ашгейм — Цондека, Фридмана помогают поставить правильный диагноз.

В случаях, когда трудно отличить миому от беременности, следует ориентироваться по расположению маточных труб и круглых связок. При беременности они симметрично отходят от углов матки и места отхождения труб и круглых связок с обеих сторон отстоят друг от друга. При наличии же интерстициальных узлов миомы отхождение маточных труб и круглых связок, как правило, бывает несимметрично. Правильная ориентировка в топографии маточных труб и круглых связок помогает поставить правильный диагноз. Беременность при фибромиоме матки обычно донашивается и роды протекают нормально.

Однако миома может быть причиной тяжелых осложнений во время беременности, при родах и в послеродовом периоде в результате взаимного влияния беременности и миомы. В результате улучшения кровообращения в матке при беременности создаются более благоприятные условия для питания и роста опухоли, что ведет к быстрому увеличению ее размеров. Осложнения во время беремен-

ности, родов и послеродового периода зависят от вида, локализации и величины миоматозных узлов.

Субмукозные миоматозные узлы изменяют форму полости матки и состояние эндометрия, вследствие чего ведут к бесплодию, а при наступлении беременности — к неправильному прикреплению плодного яйца с последующим прерыванием беременности. По литературным данным, прерывание беременности при миомах отмечено в 20% (М. Д. Проскуракова).

В результате деформации матки растущей опухолью, при фибромиомах матки довольно часто наблюдается поперечное и косое положение плода, предлежание детского места, тазовое предлежание. Кровотечения во время беременности при миомах связаны с предлежанием или низким прикреплением детского места и редко с субмукозным расположением узла опухоли.

Боли являются сопутствующим симптомом прерывания беременности или связаны с дегенеративными изменениями, или инфицированием опухоли. Быстрый рост опухоли при беременности, увеличение внутриматочного давления, вызываемое растущим плодным яйцом, могут привести к сдавлению, перегибу кровеносных сосудов опухоли и частичному или полному ее некрозу. Признаками возникшего некроза опухоли являются боли, которые вначале могут быть умеренными, затем усиливаются и иногда выражаются в виде острого приступа с сопутствующими реактивными явлениями со стороны брюшины — рвотой, вздутием живота, задержкой газов и стула, с ухудшением общего состояния. Опухоль увеличивается в размерах, становится мягкой и болезненной при ощупывании. Под влиянием консервативных мероприятий: покоя и болеутоляющих средств приступ обычно проходит, но может повториться с большей силой. Иногда это может кончиться инфекцией и гангреной опухоли, но чаще это осложнение наблюдается в послеродовом периоде.

В случае если резкие боли и явления со стороны живота не утихают, следует произвести операцию — миомэктомию, которая может быть выполнена при отсутствии кровоизлияния в капсулу опухоли, или надвлагалищную ампутацию матки, или полное ее удаление. Перекрут ножки субсерозной опухоли или всей миоматозной матки во время беременности может также повести к некрозу опухоли, к кровоизлиянию в нее и дать клинику «острого живота».

При миомах значительных размеров, мешающих развитию беременности, а также во избежание вышеописанных осложнений (перекручивания опухоли, некроза, кровотечения, инфекции и гангрены) рекомендуется проводить энуклеацию миоматозного узла, при этом во многих случаях беременность удается сохранить.

В некоторых случаях миома может быть причиной осложнения в течении родового акта: шеечные и интралигаментарные, низко расположенные опухоли, располагаясь в малом тазу, создают механическое препятствие для вставления и продвижения голов-

ки; вследствие истончения стенки при интерстициальном расположении узла может наступить разрыв матки; при нарушении сократительной способности матки может наблюдаться первичная и вторичная родовая слабость. Довольно часто течение родов при миоме осложняется преждевременным отхождением вод (по К. Н. Удаловой — в 54%). Поэтому ведение родов при наличии фибромиомы должно быть наиболее консервативным. Если же роды через естественные пути невозможны, то можно прибегнуть к классическому кесареву сечению, или воспользоваться разрезом в нижнем сегменте матки в зависимости от локализации фиброматозных узлов, избегая разрезов в месте их расположения.

В ряде случаев операцию кесарева сечения в родах при фибромиоме приходится производить по относительным показаниям: при слабой родовой деятельности, при сочетании фибромиомы с тазовым предлежанием у старой первородящей.

При наличии фибромиомы послеродовой период требует также бережного его ведения, так как наблюдается ряд осложнений: кровотечение вследствие нарушения правильного механизма отделения плаценты, нагноение и распад опухоли в результате ее инфицирования.

В таких случаях характерными симптомами являются кровотечения и обильные зловонные выделения. В послеродовом периоде, когда неотделившаяся плацента прикреплена к миоматозному узлу, выпячивающемся в полость матки, а также при тяжелых осложнениях, возникших на почве некроза и инфекции опухоли, показана операция — надвлагалищная ампутация матки. Женщина с беременностью, осложненной миомой матки, должна находиться под контролем женской консультации, а при выявлении таких симптомов как боли, кровотечение, анемия, больную следует немедленно госпитализировать в отделение патологии беременности. Учитывая возможность перечисленных осложнений во время родов и в послеродовом периоде, беременная с миомой должна быть помещена в родильный дом заблаговременно.

Беременность и опухоли яичников. Беременность в ряде случаев может осложняться наличием кисты яичника. Сочетание беременности с кистозным образованием яичников встречается в 0,15 — 0,3% случаев. Нередко кисты бывают односторонними и доброкачественными.

При этом функция яичников, как правило, не нарушена и женщина носительница такой опухоли может беременеть и рожать; встречается заболевание преимущественно у женщин в молодом возрасте. При наличии двусторонних, а также злокачественных опухолей яичников наступают глубокие нарушения функции яичников. Такие опухоли яичников в сочетании с беременностью встречаются значительно реже, развиваются они преимущественно у женщин пожилого возраста.

Небольшие односторонние кисты чаще не оказывают отрица-

тельного влияния на беременность, роды и послеродовый период. Однако, по данным С. М. Малиновского, в 20—25% киста может служить причиной прерывания беременности, а также вызвать ряд других осложнений. Киста на ножке может перекручиваться, особенно в послеродовом периоде, что является тяжелым и опасным осложнением; иногда наступает разрыв кисты, некроз ее стенки или нагноение; ущемление кисты в малом тазу, что создает препятствие в родах через естественные пути. Поэтому в настоящее время по поводу лечения опухолей яичника при беременности имеется единое мнение — киста яичника подлежит хирургическому удалению: во-первых, во избежание всех перечисленных осложнений во время родов и в послеродовом периоде, а во-вторых, не всегда можно с уверенностью определить до операции характер опухоли.

В настоящее время большинство авторов считает, что оперировать следует в ранние сроки беременности (8—10 недель). При доброкачественных кистах не всегда следует удалять яичник. Параовариальные и ретенционные кисты фолликула или желтого тела следует удалять при сохранении яичника. Если провести такую операцию невозможно, следует удалить кисту вместе с яичником. Для предупреждения выкидыша после операции нужно назначить женщине внутримышечное введение прогестерона по 5 мг 2 раза в день на протяжении 8—10 дней, а также опий в каплях и папаверин в свечах.

Правильно налаженная профилактическая работа — регулярно проводимые профилактические медицинские осмотры женщин — помогает выявлению опухолей яичников у женщин с последующим их своевременным оперативным лечением.

К особой группе опухолей, при которых, как правило, нарушается генераторная функция яичников и женщины теряют способность к зачатию или вынашиванию беременности, относятся гормонопродуцирующие опухоли яичников, развивающиеся из женской части гонады, так называемые феминизирующие опухоли — гранулезоклеточные и текаклеточные.

Клинические симптомы феминизирующих опухолей определяются состоянием гиперэстрогенизма, что, в свою очередь, можно определить по характеру эндометрия (гиперплазия эндометрия), миометрия и молочных желез.

В детском возрасте это проявляется симптомами преждевременного полового созревания; преждевременное развитие молочных желез, рост волосяного покрова по женскому типу, развитие и формирование полового аппарата, преждевременное появление кровянистых выделений. В детородном возрасте наступают расстройства месячных типа метроррагий и меноррагий, иногда аменореи, развитие фибромиом матки, нагрубание молочных желез. В период менопаузы появляются кровотечения типа метроррагий или меноррагий, иногда после нескольких лет климакса возвращаются нормальные месячные. В таких случаях половой аппарат без при-

знаков возрастной атрофии, женщины эти выглядят моложе своих лет, иногда отмечается повышенное половое чувство. В связи с гиперэстрогенизмом женщины детородного возраста чаще бывают стерильны, чем здоровые женщины тех же возрастных групп, а при развитии беременности часто наблюдаются выкидыши.

Рак шейки матки и беременность. При наличии кровянистых выделений у беременных женщин часто забывают о возможном сочетании рака с беременностью и не проводят осмотр шейки матки в зеркалах. Кровотечение, появившееся в ранние сроки беременности, принимают как симптом начинающегося аборта, а кровотечения, появившиеся в конце беременности, — как патологическое прикрепление плаценты. Боязнь осмотра женщин с поздними сроками беременности зеркалами нередко является единственной причиной пропуска рака шейки матки.

Частота беременности среди больных раком шейки матки, по данным различных авторов, — от 0,0015 до 4,2% (М. Н. Лехтман и Н. Ш. Булатова).

По наблюдениям многих авторов, сочетание рака и беременности является весьма неблагоприятным моментом (А. Я. Марков, А. Н. Лебедева, М. В. Дидяева). Учитывая это и то, что рак часто не распознается у таких больных, следует во всех случаях при осмотрах беременных женщин, а тем более при наличии кровянистых выделений производить осмотр шейки в зеркалах, так как при пальцевом влагалищном исследовании можно легко повредить опухоль и вызвать кровотечение, что затруднит дальнейшее исследование. Зеркала нужно вставлять осторожно, легко и медленно продвигая их вглубь, при этом осматривая все стенки влагалища, а затем влагалищные своды и шейку матки.

При наличии раковой опухоли на шейке матки вид ее зависит от макроструктуры опухоли. Как известно, раковые опухоли шейки матки по характеру их роста принято разделять на 3 группы: экзофитные, эндофитные и смешанные формы.

При экзофитной форме рака шейки матки на последней обнаруживаются различной величины мелкозернистые, крупно- или мелкобугристые опухолевые разрастания, напоминающие по своему виду цветную капусту. Эти разрастания могут располагаться вокруг наружного зева, занимать какую-то часть или поражать всю шейку, с переходом на влагалищные своды или свисая в виде большой, массивной опухоли в просвет влагалища, выполняя всю ее верхнюю половину. Распадающиеся участки опухоли вследствие инфицирования покрываются гнойными налетами или темными корками, при малейшем дотрагивании пинцетом, зондом легко кровоточат.

Эта форма рака шейки матки сопровождается более ранним проявлением симптомов заболевания (бели, кровотечения) и менее трудна для распознавания. Иногда ее можно спутать с распадающейся некротизированной подслизистой фибромиомой матки,

рождающейся во влагалище. Однако пальцевым исследованием при распадающейся фибромиоме возможно определить ножку опухоли, уходящую в полость матки, и края маточного зева в виде кольца, окружающего ножку.

При раке же шейки матки опухоль неотделима от передней или задней ее губы.

При эндофитных формах шейка матки может быть увеличенной в объеме, как бы раздутой, плотной, слизистая влагалищной части ее имеет нормальную или багрово-синюшную окраску. На поверхности слизистой иногда видна выраженная мелкая сеть венозных сосудов, при дотрагивании к такой поверхности последняя легко кровоточит. В местах распада опухоли слизистая изъязвлена и покрыта некротическими пленками. При значительном распаде опухоли шейка частично или полностью разрушена, на месте деструкции ее определяется язва с плотными, изрытыми бугристыми краями и дном, покрытым налетом. При полном разрушении шейки на месте ее определяется глубокий воронкообразный кратер с вершиной, идущей в полость матки или через один из влагалищных сводов в параметрий (параметральный кратер). Края кратера плотные, неровные, стенки его покрыты некротическими пленками, при попытке удаления которых тотчас появляется кровоточивость.

Особые трудности представляют для диагностики эндоцервикальные формы рака шейки матки, когда влагалищная часть шейки матки при осмотре в зеркалах может быть неизменной. В подобных случаях желательно прозондировать цервикальный канал. При этом можно обнаружить плотность какой-либо из стенок канала, ощутить некоторое препятствие и, как правило, если стенки канала поражены, получить кровянистые выделения.

Вся описанная симптоматика относится уже к выраженным и далеко не ранним формам рака шейки матки, и распознать опухоль нетрудно. При начальных формах рака встречаются иногда трудности. В этих случаях исследование при помощи зеркал является особенно ценным, так как только при нем можно наблюдать разнообразные проявления начальных изменений, которые обнаруживаются в виде небольших папиллярных разрастаний или узловатых уплотнений, покрытых на вид нормальной слизистой; они могут иметь вид эрозии, которая отличается от нормальной слизистой своей более яркой окраской. Однако для всех этих изменений характерным остается выраженное уплотнение, инфильтрация, потеря эластичности, ломкость сосудов, ведущая всегда к легкой кровоточивости.

Хотя такие симптомы, как бели, кровотечения, боли, и являются характерными признаками развившегося рака шейки матки, но, к сожалению, слишком поздними для того, чтобы иметь диагностическую ценность в смысле раннего распознавания болезни (А. И. Серебров).

При раке шейки матки наступает перерождение и ломкость тканей, иногда склерозирование их, что ведет к легкой кровоточивости. Поскольку при беременности значительна васкуляризация органов малого таза, кровоточивость может быть значительной. В родах же, в периоде раскрытия шейки, эти изменения могут привести к возникновению такого кровотечения, которое остановить не всегда удается. В родах также неизбежна травматизация, сопровождаемая кровотечением, при этом создаются благоприятные условия для распространения инфекции и метастазирования опухоли.

Успех благоприятного лечения рака шейки матки кроется в своевременном его распознавании. И чем чаще врач при обследовании женщины будет думать о возможности рака, тем больше он выявит ранних форм. Как указывал К. К. Скробанский, ошибки при диагностике обуславливаются не трудностью диагноза, а тем, что врач мало думает о возможности рака.

После исследования женщины и осмотра в зеркалах при подозрении на рак шейки матки диагноз этот следует подтвердить или исключить цитологически и гистологически. При отсутствии соответствующей лаборатории на месте нужно женщину направить для обследования в специальное учреждение или взять мазки, а также биопсию и направить на исследование в специальную лабораторию. В случае подтверждения диагноза больная подлежит госпитализации в лечебное учреждение для оказания ей квалифицированной помощи.

Иногда у таких больных появляются кровотечения, и тогда требуется экстренная помощь из-за обильной кровопотери. Обильное кровотечение при раке шейки матки чаще всего обуславливается наличием экзофитной, быстро растущей опухоли, с распадом ее или запущенной формой рака шейки матки.

Профузные кровотечения из распадающейся раковой опухоли шейки матки представляют опасность для жизни больной и создают большие трудности при оказании помощи. Когда устанавливают, что причиной кровотечения является распадающаяся раковая опухоль шейки матки, следует провести общие мероприятия по борьбе с кровотечением. Влагалище нужно затампонировать. Для меньшей травматизации опухоли можно проводить тампонаду влажными тампонами, смоченными в растворе хлористого кальция. Для лучшего гемостаза тампон можно смочить спиртом и эфиром. Внутривенно полезно ввести раствор хлористого кальция, желатины 10 мл, внутрь дать викасол. Можно сделать переливание плазмы внутривенно и прибегнуть с гемостатической целью к капельному переливанию крови 100—150 мл. Все это следует сделать в условиях поликлиники, а затем, после остановки кровотечения, больную необходимо направить в онкологический стационар, где имеются условия для лучевой терапии.

При наличии рака шейки матки у беременной женщины ока-

зание помощи ей определяют с учетом срока беременности и степени распространения опухоли. При операбельных формах рака шейки матки не может быть сомнений в целесообразности операции. В таких случаях интересы матери всегда должны стоять на первом месте, — поэтому независимо от срока беременности можно проводить расширенную экстирпацию матки с придатками по Вертгейму с последующим курсом послеоперационной рентгено- или телегамматерапии. При больших сроках беременности, когда операцию — расширенную экстирпацию матки выполнить трудно, можно предварительно сделать кесарево сечение, а затем соответствующую операцию. При жизнеспособном плоде во всех случаях следует предварительно произвести кесарево сечение, а затем убрать матку с придатками и регионарным лимфоаппаратом. В тех случаях, когда операция невозможна, остается только лучевое лечение (радий + рентген).

При неоперабельных опухолях шейки матки необходимо учитывать два момента: срок беременности и степень запущенности рака. При малом сроке беременности лучше начать с местного применения кюритерапии. В процессе лечения, как правило, наступает аборт. В последующем проводят и рентгенотерапию. При больших сроках беременности можно произвести операцию кесарева сечения, с последующим курсом лучевой терапии.

В тех случаях, когда имеется сочетание беременности и рака влагалища, наиболее рациональным является вначале проведение лучевой терапии с целью прекращения роста опухоли, а затем прерывание беременности (С. С. Роговенко, М. Н. Лехтман и Н. Ш. Булатова). При сроке беременности до 3 месяцев следует провести искусственный аборт, а при поздних сроках — кесарево сечение.

Иногда при сильном кровотечении, вследствие рака шейки матки, достаточно сделать 1—2 укладки радиоактивных препаратов, как кровотечение останавливается, тогда дальнейшее лечение проводят согласно плану с учетом состояния больной. Однако в отдельных случаях — при экзофитных или кратерообразных формах рака шейки матки — аппликациями радиоактивных препаратов не удается остановить кровотечение. Постоянные кровопотери ослабляют больную, приводят к анемии, уменьшается возможность радикального последующего лечения. В подобных случаях следует сделать перевязку питающих матку сосудов. Наиболее эффективной является перевязка подчревных артерий, и технически ее легче выполнить, чем перевязку маточных артерий. Перевязка подчревных артерий не только останавливает кровотечение, но дает возможность в лучших условиях провести последующий курс лучевого лечения. Доступ к подчревным артериям может быть двояким: интраперитонеальным и экстраперитонеальным.

При интраперитонеальном доступе производят нижнюю срединную лапаротомию. В положении Тренделенбурга кишечные петли

отодвигают вверх к подреберью. Затем отыскивают развилку аорты, от которой в обе стороны идут общие подвздошные сосуды (рис. 70).

На уровне деления общей подвздошной артерии вскрывают заднюю брюшину, покрывающую сосуды, после этого хорошо видна наружная подвздошная артерия, расположенная латеральнее, и внутренняя (подчревная), расположенная несколько глубже и медиальнее (рис. 71). Осторожно, тупой иглой Дешана на 1 см ниже деления общей подвздошной артерии подводят лигатуру под внутреннюю подвздошную артерию (рис. 71), иглу извлекают, а лигатуру завязывают (рис. 72). Для ускорения операции и предупреждения соскальзывания лигатуры в последующем артерию можно не пересекать. В таком же порядке перевязывают подчревную артерию с другой стороны. Брюшину, покрывающую сосуды, ушивают непрерывными кетгутовыми швами и брюшную рану послойно зашивают наглухо.

При экстраперитонеальном доступе делают косые разрезы в подвздошной области с 2 сторон параллельно пупартовой связке (по Пирогову) длиной 8—10 см. Послойно рассекают ткани передней брюшной стенки до брюшины. Брюшину же отслаивают кнутри, оставляя неповрежденной. Забрюшинно отыскивают общие подвздошные сосуды, развилку общей подвздошной артерии, подчрев-



Рис. 70. Развилка правой общей подвздошной артерии.



Рис. 71. На игле Дешана подведена лигатура под подчревную артерию.



Рис. 72. Перевязана подчревная артерия.

ную артерию и затем перевязывают ее последовательно, сначала с одной, а затем с другой стороны. Внутривнутрибрюшинная перевязка подчревных артерий технически менее сложна и легче выполнима. Однако экстраперитонеальная перевязка менее травматична, и у ослабленных больных ей следует отдать предпочтение.

Злокачественные опухоли тела матки. При них беременность наступает редко по многим причинам. Во-первых, рак полости матки развивается у женщин более пожилого возраста, чем рак шейки матки. Во-вторых, наличие опухоли изменяет условия для развития беременности.

При наличии рака полости матки у менструирующих женщин, месячные удлиняются, становятся более обильными. Характерно также появление кровянистых выделений между месячными. При вагинальном исследовании отмечается увеличение размеров матки, как при малых сроках беременности. Однако если при обычном вагинальном исследовании женщины, при неизменной ее матке после исследования появляются кровянистые выделения, то это может быть симптом, подозрительный на рак тела матки или цервикального канала. В этих случаях женщина должна быть направлена в стационар для выяснения диагноза.

Беременность и хорионэпителиома. Сочетание беременности и хорионэпителиомы наблюдается очень редко и может быть только при локализации опухоли в толще стенки матки (так называемых интрамуральных узлах), когда эндометрий не изменен. В литературе описаны лишь отдельные наблюдения доношенной беременности при хорионэпителиоме, закончившейся нормальными родами, однако большие эти погибают в очень короткие сроки после родов от множественных отдаленных метастазов. Известно, что развитие хорионэпителиомы предшествует пузырный занос, искусственный аборт и нормальные роды. Поэтому появление у женщины вскоре после аборта, родов, после беременности, осложненной пузырным заносом, повторных кровотечений при увеличении размеров матки наводит на мысль о развивающейся хорионэпителиоме.

Основным, ведущим клиническим симптомом при хорионэпителиоме матки является маточное кровотечение, часто прерывистое, различной интенсивности и длительности, не поддающееся лечению.

По наблюдениям Т. М. Мусиной, из 40 больных, находящихся в гинекологическом отделении Института экспериментальной и клинической онкологии АМН СССР за 1961—1963 гг., у 31 больной основным признаком заболевания было маточное кровотечение различной интенсивности и длительности.

При локализации опухоли в толще мышечной стенки без прорастания ее в полость матки маточного кровотечения может не быть. В таких случаях заболевание проявляется ухудшением общего состояния, нарастанием общей слабости, появлением ознобов и повышением температуры

При бимануальном исследовании — пораженная хорионэпителиомой матка неравномерно увеличена в размерах, с отдельными выступающими узлами мягковатой консистенции. Часто хорионэпителиоме матки сопутствуют тонкостенные лютеиновые кисты яичников.

Из других симптомов следует отметить увеличение матки, кисты яичников, положительную биологическую реакцию, при поздних стадиях склонность к метастазированию по кровеносным путям в легкие, влагалище и другие органы. Кровянистые выделения периодически приобретают характер обильных кровотечений, которые приводят большую к анемии и похуданию.

Хорионэпителиома является чрезвычайно злокачественной опухолью, в силу раннего ее метастазирования по кровеносным и лимфатическим сосудам. Наиболее часто метастазы выявляются в легких, стенках влагалища, яичниках. Хорионэпителиому часто смешивают с угрожающим или неполным выкидышем.

В стационары больные поступают с разными диагнозами: неполный выкидыш, плацентарный полип, острая анемия на почве беременности, воспаление придатков, маточное кровотечение, внематочная беременность и др. Лишь незначительное число больных поступает с установленным диагнозом хорионэпителиома или с подозрением на нее.

Главными причинами несвоевременной постановки диагноза как по мнению ряда авторов (И. П. Гоменюк, Л. А. Новикова, Т. М. Мусина), так и по нашим наблюдениям, является недостаточное знакомство врачей с этим заболеванием, недооценка биологических реакций, трудности гистологической диагностики. Иногда таким больным проводят 2—3-кратное выскабливание полости матки без гистологического исследования полученного соскоба. Повторные диагностические выскабливания при постановке диагноза хорионэпителиомы опасны, так как могут послужить толчком к быстрому и бурному метастазированию.

Ценным методом для диагностики хорионэпителиомы является биологическая реакция, которая основана на избыточном количестве гонадотропных гормонов в моче больных. Реакция на гонадотропные гормоны при хорионэпителиоме бывает положительной с цельной мочой, а также с разведенной и даже с кипяченой. Длительное сохранение или повышение титра гонадотропного гормона после прервавшейся беременности, родов или ликвидации пузырного заноса нужно расценивать как подозрение на хорионэпителиому.

Следует заметить, что у некоторых больных с хорионэпителиомой гормональные реакции могут оказаться отрицательными. По Я. М. Ландау, это выражается в 1,85%. Следовательно, при невысоком титре хорионического гонадотропина в моче не следует отвергать диагноз хорионэпителиомы. Для его уточнения при отрицательных гистологических данных и гормональных реакциях,

при наличии клинических симптомов заболевания следует прибегнуть к гистерографии.

Правильная оценка клинических симптомов, онкологическая настороженность и умелое использование клинических, биологических, рентгенологических методов исследования позволит врачу своевременно распознать эту тяжелую патологию и подвергнуть больную лечению, успех которого всецело зависит от сроков заболевания и, следовательно, степени распространения опухоли.

akusher-lib.ru

Реаниматология — новая отрасль медицины и биологии, занимается изучением механизма развития процессов умирания (преагональные, агональные стадии, клиническая смерть), разработкой методов восстановления жизненных функций организма и поддержания их на должном уровне после этого.

Методы реанимации нашли широкое применение в акушерской практике, главным образом при тяжелых маточных кровотечениях, эмболии околоплодными водами, разрывах матки и особенно часто при асфиксиях новорожденных.

Само слово «асфиксия» в дословном переводе с греческого означает «без пульса». Однако со временем внесено изменение в его значение, и уже более столетия под термином «асфиксия» понимают удушье — гипоксические (гипоксемические) состояния.

Асфиксия плода и новорожденного является сложным патологическим состоянием, вызванным нарушением газообмена, при котором возникает недостаток (или отсутствие) кислорода — гипоксия, накопление углекислоты — гиперкапния, а также нарушения кислотно-щелочного равновесия — ацидоз. Продолжительная асфиксия сопровождается значительными изменениями электролитного равновесия, извращением ферментативных процессов, что приводит к необратимым изменениям в жизненно важных органах, в первую очередь в коре головного мозга.

Частота асфиксии новорожденных, по литературным данным, в пределах 4—10%. По нашим данным, на 200 000 родов асфиксия различных степеней имела место в 6,4% (1965). Некоторые зарубежные авторы (по данным отдельных учреждений) отмечают асфиксию в пределах 16—19%.

Асфиксию, возникшую до родов или в родах, принято называть внутриутробной асфиксией, а асфиксию, которая наблюдается после рождения плода, — асфиксией новорожденного.

Асфиксия не является самостоятельной патологией, она зависит от многих причин, которые кратко можно свести в следующие группы:

1) нарушение гемодинамики и газообмена в организме матери (сердечно-сосудистые заболевания матери, массивные кровотечения, вызванные разными причинами, шок, заболевания легких, интоксикация и др.);

2) нарушения маточно-плацентарного кровообращения (аномалии родовой деятельности, токсикозы беременности, преждевременная отслойка плаценты, предлежание плаценты с отслойкой ее на большой поверхности);

3) нарушение кровообращения в сосудах пуповины (выпадение, сдавление и разрыв пуповины, истинные узлы пуповины, тугое обвитие ее вокруг шеи и туловища плода);

4) нарушения функции центральной нервной системы плода (внутричерепная травма, гемолитическая болезнь, фармакологическое угнетение дыхательного и сосудодвигательного центра плода, вследствие неправильного проведения обезболивания родов или родоразрешающей операции);

5) уродства развития, врожденные пороки и различные заболевания плода (лиштериоз, токсоплазмоз, грипп и другие вирусные болезни);

6) частичная или полная непроходимость дыхательных путей вследствие аспирации содержимого родовых путей.

Независимо от причины, вызвавшей нарушение газообмена, основными проявлениями его являются гипоксия и задержка в организме плода углекислоты и других кислых продуктов.

С ростом плода увеличивается расход энергетических продуктов и потребность его в кислороде. Известно, что нет полного соответствия между ростом внутриутробного плода и увеличением доставки к его тканям кислорода. Наблюдается относительное отставание роста плаценты и снижение ее проницаемости для газов крови.

Эти факторы особенно сказываются непосредственно перед родами. Наличие такого несоответствия привело к появлению теории «физиологической гипоксии» внутриутробного плода, наблюдающейся в последние недели беременности. Такая гипоксия таит в себе потенциальную опасность и может оказать пагубное действие на плод во время родов.

Однако плод при нормальном течении беременности и родов фактически не испытывает кислородного голодания, так как включающиеся компенсаторные механизмы обеспечивают снабжение его кислородом соответственно потребностям.

Одним из таких механизмов компенсации является увеличение минута объема сердца плода. Этому благоприятствуют внутриутробные дыхательные движения, способствующие увеличению притока крови к правой половине сердца. Следует отметить, что внутриутробные дыхательные движения происходят при закрытой голосовой щели и только на фоне возникшей гипоксии и гиперкапнии голосовая щель открывается и глубокие «вдохи» приводят к аспирации.

Второй, более важный механизм компенсации связан с изменениями интимных, биохимических взаимоотношений в системах, обеспечивающих транспорт кислорода из крови матери к тканям плода. К моменту родов увеличивается количество эритроцитов до 6 000 000 и гемоглобина — до 18 г%.

Гемоглобин плода значительно отличается от гемоглобина взрослого человека. Это дало основание дать ему специальное название фетального, или эмбрионального, гемоглобина. Физиологические особенности фетального гемоглобина ярко проявляются при изучении его кривой диссоциации. Кривая диссоциации представляет собой графическое изображение зависимости между парциальным давлением кислорода и степенью оксигенации гемоглобина. Кривая диссоциации оксигемоглобина плода находится левее материнской, что говорит о более высоком сродстве фетального гемоглобина к кислороду.

У новорожденных, родившихся в состоянии асфиксии, количество фетального гемоглобина больше, чем у нормальных детей.

Повышение сродства фетального гемоглобина к кислороду имеет большое физиологическое значение. Это становится особенно понятным, если сравнить условия газообмена в плаценте с условиями для такового, имеющимися в легких. Слой, отделяющий альвеолярный воздух от крови легочных капилляров, более тонкий, а парциальное давление в альвеолах более высокое, чем в межворсинчатом пространстве.

Третий, важнейший механизм, объясняющий высокую устойчивость организма плода и новорожденного к гипоксии, связан со специфической способностью тканей обеспечивать обмен в анаэробных условиях. Уже давно было доказано, что плоды животных способны переживать длительное кислородное голодание такой степени, при котором организм взрослых погибает. Так, описаны случаи, когда живой плод извлекали из матки спустя 5—10 минут после остановки кровообращения у матери.

Полагают, что способность организма плода и новорожденного переживать длительную гипоксию обусловлена переходом на анаэробное расщепление глюкозы. В тканях, лишенных притока кислорода, благодаря анаэробному гликолизу в течение некоторого времени поддерживается энергетический баланс. У нормальных новорожденных находят более низкие величины щелочных резервов и сдвиг pH в более кислую сторону, чем у взрослого, что объясняется накоплением недоокисленных продуктов в его крови.

При нормальном течении беременности плод, по-видимому, не испытывает недостатка в кислороде, что обеспечивается наличием ряда приспособительных механизмов.

В процессе родового акта возникают затруднения в плацентарном газообмене, поэтому сразу после рождения плода насыщение пуповинной крови кислородом обычно бывает низким (в крови пупочной вены — 10—60%).

При патологических родах может наступать срыв механизмов компенсации, вследствие чего ткани начинают страдать от недостатка кислорода, развивается асфиксия. Усиливаются внутриутробные дыхательные движения, что приводит к аспирации и нарушению проходимости воздухоносных путей и делает невозможным расправление легких после рождения ребенка.

Гипоксия и гиперкапния в начальной стадии оказывают стимулирующее влияние на сосудодвигательный центр, что сопровождается учащением сердцебиения плода и повышением кровяного давления. При этом благодаря увеличению минутного объема сердца в определенной степени компенсируется недостаток кислорода. Однако вскоре, по мере нарастания асфиксии, тахикардия сменяется выраженной брадикардией. С углублением асфиксии происходит перераспределение крови и развивается сердечно-сосудистый коллапс.

При повышении внутриматочного давления во время схватки обычно наблюдается снижение частоты сердцебиений плода до 40—80 ударов в минуту. Однако это замедление столь кратковременное и быстро проходящее, что обычно остается незамеченным. Только метод непрерывной фонокардиографии позволяет его обнаружить. Это явление объясняют неустойчивостью тонуса парасимпатической нервной системы плода. На фоне появившейся гипоксии такая брадикардия становится уже более длительной и способствует усилению кислородного голодания тканей плода.

В развитии брадикардии немалая роль, по-видимому, принадлежит и увеличению уровня калия в крови новорожденного, о чем будет сказано ниже.

Как показали исследования Л. Соколова (1960), процент содержания O_2 и CO_2 в крови имеет большое значение в регуляции мозгового кровообращения, причем напряжение углекислоты составляет основу физиологического механизма этой регуляции. Повышение уровня углекислоты увеличивает объем мозгового кровообращения при одновременном снижении резистентности сосудистого кровотока. Вазодепрессорный эффект углекислоты достигается непосредственным действием ее на мозговые сосуды. При углублении гипоксии, сопровождающейся сердечно-сосудистыми расстройствами, наступает вазопарез, застой крови в головном мозгу, с последующим его отеком.

Эти данные показывают, что гиперкапнии, сочетающейся с гипоксией, принадлежит ведущая роль в развитии нарушений мозгового кровообращения, что часто наблюдается при асфиксии новорожденного.

Поскольку в условиях гипоксии в организме плода усиливаются процессы анаэробного гликолиза, это приводит к накоплению в крови плода недоокисленных продуктов обмена и очень скоро сдвигает кислотно-щелочное равновесие в сторону ацидоза.

У большинства новорожденных, родившихся в состоянии

асфиксии, находят метаболический ацидоз, глубина которого зависит от продолжительности асфиксии и длительности родов.

При кратковременной внутриутробной асфиксии рН остается нормальным (7,28—7,42), но щелочные резервы снижаются до 29—42,4 об. %СО₂, при норме — 38,8—57 об. %СО₂. Такое состояние получило название компенсированного тканевого ацидоза. При глубокой асфиксии обычно наблюдается сдвиг рН до 7 и ниже при низких щелочных резервах. Наступает стадия декомпенсированного ацидоза. Часто наблюдаются смешанные формы ацидоза метаболического и дыхательного.

За последние годы все больше внимания уделяют изучению нарушений кислотно-щелочного равновесия при асфиксии плода и ведут поиски эффективных путей его регуляции. Часто причиной асфиксии является не анатомическое нарушение маточно-плацентарного газообмена, а так называемая «биохимическая травма». Так, например, тяжелые степени асфиксии с глубоким декомпенсированным ацидозом встречаются при аномалиях родовой деятельности, особенно при затяжных родах. В этих случаях наблюдается значительный дефицит кислорода у роженицы и в крови ее накапливается большое количество недоокисленных продуктов, в основном молочной кислоты. Недоокисленные продукты легко проникают через плацентарный барьер в кровь плода и способствуют развитию ацидоза.

Следует также помнить, что способность гемоглобина связывать кислород зависит от уровня рН. При сдвиге рН в кислую сторону кривая диссоциации оксигемоглобина смещается вправо, в результате чего насыщение крови (в данном случае крови плода) кислородом снижается. В результате ткани плода испытывают кислородное голодание. Это приводит к усилению интенсивности анаэробного гликолиза, что, в свою очередь, еще больше увеличивает концентрацию недоокисленных продуктов (той же молочной кислоты). Глубокий ацидоз ведет к извращению ферментативных процессов, в результате чего уменьшается способность тканей использовать кислород, и таким образом замыкается патологический круг.

Ацидоз способствует выходу ионов калия из клеток и поступлению их в большом количестве в плазму крови. Развивающаяся при глубокой асфиксии гиперкалиемия оказывает пагубное влияние прежде всего на сердечную деятельность, вызывая замедление и ослабление сердечных сокращений, вплоть до остановки сердца.

В развитии сердечной слабости при асфиксии важное значение имеет также быстро прогрессирующее уменьшение запасов гликогена. При асфиксии, как правило, наблюдается глубокая гипогликемия.

Клиника асфиксии новорожденного. Клиническая картина асфиксии новорожденных зависит от длительности и степени нарушения газообмена.

Чрезвычайно важно объективно оценить истинное состояние

организма ребенка сразу после рождения, ибо от этого будет зависеть тактика реанимационных мероприятий.

Издавна было принято различать две степени асфиксии — легкую, или синюю, и тяжелую, или белую. Причем считалось, что белая асфиксия является продолжением, дальнейшим углублением синей, с более тяжелой степенью поражения центральной нервной системы. Согласно другому мнению, синяя асфиксия наступает при длительной гипоксии, а белая — при острой и проявляется преимущественно расстройствами кровообращения по типу шока. Однако такая классификация не удовлетворяла практических врачей. Оценка выраженности цианоза весьма субъективна и далеко не всегда характеризует тяжесть патологических изменений и прогноз.

Поэтому постоянно предлагают новые классификации, что продолжается и по настоящее время.

Наибольшее распространение получило разделение асфиксии на три степени.

I степень (легкая) асфиксии новорожденного характеризуется отсутствием дыхания или поверхностным, редким, нерегулярным дыханием, незначительным учащением или замедлением сердцебиения, нерезко выраженным цианозом кожных покровов. Рефлексы сохранены, хотя и ослаблены, мышечный тонус незначительно снижен. Тургор пуповины и ее пульсация сохранены.

II степень асфиксии (средней тяжести) характеризуется более стойким нарушением дыхания, значительным учащением или (чаще) замедлением сердцебиения, приглушенностью тонов сердца. Кожные покровы часто бывают резко цианотичными, рефлексы ослаблены, тонус мышц понижен, пульсация пуповины в той или иной степени сохранена.

При III степени асфиксии (так называемая белая) наблюдается стойкое апноэ, резкая брадикардия, аритмия, тоны сердца глухие, еле выслушиваются. Кожные покровы бледные, но может наблюдаться и цианоз. Рефлексы и тонус мышц отсутствуют или резко снижены. Пуповина спавшаяся, пульсация ее сосудов отсутствует.

Следует подчеркнуть, что не всегда следует руководствоваться в определении степени тяжести асфиксии цветом кожных покровов, так как нередко труднее вывести ребенка из синей асфиксии, чем из белой.

За последние годы получила распространение оценка состояния новорожденных по шкале баллов, предложенная Apgar.

При этом учитываются сердцебиения, характер дыхания, мышечный тонус, рефлексы и окраска кожных покровов. Если указанные признаки удовлетворительны, то каждый из них оценивается в два балла. Оценку 10 баллов получает новорожденный с частотой сердцебиения более 100 ударов в 1 минуту, сильным криком или ритмичным дыханием и ярко-розовой кожей.

При частоте сердцебиений менее 100, при наличии отдельных вдохов, при пониженном тонусе мышц, слабо выраженных рефлек-

сах и цианозе конечностей каждый признак оценивается в 1 балл. При отсутствии указанных признаков ставится балл 0. Оценка состояния ребенка должна быть произведена спустя 60 секунд после рождения. Положительным в системе Аргга является то, что учитываются все классические симптомы асфиксии, их взаимозависимость. Применять эту систему на практике весьма удобно. Если она найдет всеобщее применение, то это будет способствовать проведению более глубоких статистических анализов с целью сравнения различных методов реанимации и определения прогноза для оживленных детей.

Методы оживления новорожденных. Раздражение кожных и слизистых покровов с целью стимуляции дыхания у новорожденного, по-видимому, является наиболее древним методом. С этой целью были испытаны многочисленные механические, термические и химические средства.

До настоящего времени акушеры и педиатры используют такие методы, как похлопывание по ягодицам и спинке, обрызгивание кожи водой, применение контрастных ванночек.

Целесообразность применения этих способов основана на рефлекторной стимуляции дыхания. Применение этих методов при значительном угнетении рефлекторной деятельности считается сомнительным.

Грубые механические и термические воздействия не только бесполезны, но и чреваты большими опасностями. Нередко асфиксия сопровождается явлениями шока, обусловленного внезапным потоком мощных раздражений из различных участков тела, возникающих в результате осложнений родового акта. В этих случаях нанесение дополнительных раздражений только усугубляет шоковое состояние.

Вредность таких манипуляций особенно очевидна при наличии внутричерепного кровоизлияния.

Экспериментальные исследования М. В. Лауэр показали, что при асфиксической остановке дыхания кожные раздражители не дают никакого эффекта. Клинический опыт говорит о том, что у тех новорожденных, которым удалось вызвать восстановление дыхания путем раздражения кожных покровов, имела место не асфиксия, а так называемое гипероксемическое физиологическое апноэ. Последнее наблюдается в тех случаях, когда маточно-плацентарный газообмен хорошо сохраняется в течение некоторого времени после рождения плода. Для физиологического апноэ характерно отсутствие дыхания, причем других признаков асфиксии нет (кожные покровы розовые, сосуды пуповины пульсируют и т. д.).

Фармакологическая стимуляция дыхания у новорожденных. До недавнего времени во всех учебниках и руководствах по акушерству рекомендовалось применение при асфиксии новорожденных различных аналептиков (цититон, лобелин и др.). Эффективность этих препаратов явно переоценивалась. Обычно для оживления новорожденных предлагали

применять те препараты, которые оказывались эффективными при лечении коллапсов у взрослых. При этом внедрение их в практику оживления новорожденных проводилось без глубокой критической оценки.

Нередко совершенно упускались из виду фармакологические особенности препарата. Так, например, цититон и лобелин рекомендовали вводить подкожно или внутримышечно. Таким образом, на течение асфиксии препарат не мог оказать никакого влияния, ибо всасывание его происходит не ранее как через 10—20 минут.

При внутрисосудистом введении аналептики могли только ухудшить состояние новорожденного. Влияние этих препаратов на дыхание и гемодинамику осуществляется через нервные центры продолговатого мозга. Стимулирующее действие их ведет к усилению тканевого дыхания с увеличением потребления кислорода. В результате такой стимуляции ускоряется истощение центров и развитие необратимых изменений.

Следует учитывать также, что аналептики дыхания при малейшей передозировке легко могут вызывать судороги у новорожденных.

В последнее время имеются попытки применять для оживления новорожденных недавно появившиеся препараты, главным образом антагонисты барбитуратов и наркотиков (спирактин, анторфин, бемеград и др.). Причем наряду с весьма восторженными отзывами отдельные авторы приписывают им свойство повышать устойчивость нервных центров к кислородному голоданию, что совершенно не доказано. Обычно данные авторов подобных рекомендаций недостаточно убедительны. По-видимому, следует считать, что антагонисты барбитуратов и наркотиков можно применять только по прямым показаниям для этого, т. е. для снятия угнетающего влияния соответствующих анальгетиков и наркотиков, но отнюдь не для лечения асфиксии, вызванной другими причинами.

Метод Л. С. Персианинова. Исходя из того, что системы кровообращения и дыхания находятся в тесной рефлекторной связи, многие исследователи придавали большое значение раздражению рецепторов сосудистой стенки для рефлекторного возбуждения дыхания. Из этих предпосылок Л. С. Персианинов разработал метод оживления новорожденных, родившихся в асфиксии, основанный на введении в пупочные артерии гипертонических растворов хлористого кальция и глюкозы или хлористого кальция и крови под меняющимся давлением пульсаторно (толчками) и малыми порциями.

В пупочную артерию следует вводить 3 мл 10% раствора хлористого кальция, а также 7—10 мл 40% раствора глюкозы или 30 мл крови. Последнюю вводят толчкообразно, под давлением 180—200 мм рт. ст. Внутриаартериальное введение рекомендуется проводить через прокол пуповины, сочетая метод Персианинова с методом Легенченко или же вливание производить в культю артерии после перевязки пуповины.

Гипертонические растворы хлористого кальция и глюкозы оказывают сильное раздражающее действие на хеморецепторы сосудистой стенки, при толчкообразном же введении присоединяется также влияние их на барорецепторы. Таким образом, по Л. С. Персианинову, механизм действия введенных в пупочную артерию растворов имеет исключительно нервнорефлекторную природу.

Метод Л. С. Персианинова является одним из наиболее распространенных методов оживления новорожденных и занимает сейчас по частоте применения второе место после метода аппаратного искусственного дыхания.

Большой клинический опыт показал, что многими методами рефлекторной стимуляции восстановить дыхание новорожденного можно только в начальной стадии асфиксии.

Как показали исследования В. А. Неговского и его сотрудников, в период восстановления деятельности нервных центров при выведении организма из асфиксии необходимо поступление к ним рефлекторных раздражителей. Однако полагаться только на рефлекторное возбуждение рискованно, ибо неизвестны границы устойчивости центров при нарастании асфиксии, в пределах которых сохраняется еще способность реагировать на поступающие импульсы.

Введение в пупочную артерию хлористого кальция рассчитано на рефлекторную стимуляцию дыхательного и сосудодвигательного центров. Таким образом, это мероприятие само по себе не обеспечивает немедленного восстановления газообмена. Однако эта манипуляция требует затраты определенного времени, в течение которого, вплоть до появления самостоятельного дыхания, гипоксия прогрессирует.

Ошибочное мнение, что с целью оживления новорожденных при выраженной асфиксии нужно испробовать вначале метод Персианинова, и только в случае отсутствия эффекта применить аппаратное искусственное дыхание. При этом безвозвратно теряется время и шансы на успех реанимации уменьшаются.

Поскольку только искусственное дыхание может немедленно ликвидировать нарушение газообмена, то оно должно быть применено в первую очередь.

Как показали наши исследования электролитных сдвигов при асфиксии новорожденных, по мере углубления ацидоза в плазме крови увеличивается концентрация ионизированного кальция. По-видимому, это играет определенную защитную роль, задерживая проявления имеющейся одновременно гиперкалиемии, поскольку ионы кальция и калия оказывают на сердечную деятельность взаимно противоположное влияние. Если калий вызывает урежение и ослабление сердечных сокращений, то кальций, наоборот, усиливает и учащает их. Учитывая, что при глубокой асфиксии обычно преобладают явления гиперкалиемии, можно полагать, что в механизме положительного влияния вводимых в пупочные сосуды растворов кальция важное значение имеет предупреждение паде-

ния сердечной деятельности. С этой целью новорожденным целесообразнее вводить растворы глюконата кальция, ибо хлористый кальций может способствовать некоторому усилению кислотности крови.

Переливание крови при асфиксии. Предлагалось вводить в пупочную вену или артерию как плацентарную, так и донорскую кровь. Многие пытались обогащать кровь кислородом, однако до сих пор вопрос об оксигенизации переливаемой крови удовлетворительно не решен.

Противоречивость литературных данных и частые неудачи при переливании крови в сосуды пуповины объясняются отсутствием достаточного патофизиологического основания для применения этого метода.

Сразу после рождения в организме новорожденного протекают сложные процессы перестройки кровообращения из фетальной формы в переходную, прекращается циркуляция крови через плаценту, открывается кровоток через малый круг кровообращения. При асфиксии этот процесс затягивается и нередко носит неправильный характер. В настоящее время мы практически не имеем возможности судить о состоянии гемодинамики новорожденного.

Увеличивая объем крови в артериальной или венозной системе новорожденного, мы действуем вслепую и изменяем гемодинамические условия в неизвестном направлении. Тем самым нарушается естественное равновесие давлений между большим и малым кругом кровообращения, и состояние ребенка может усугубляться.

Это же относится и к методу Стенфильда—Челомбитько. Метод заключается в перемещении находящейся в пуповине крови, обогащенной кислородом, по направлению к пупочному кольцу. При этом увеличивается объем циркулирующей крови у новорожденного и усиливается раздражение барорецепторов сосудистой стенки. У недоношенных детей после перекачивания таким методом крови часто наблюдают перегрузку малого круга кровообращения.

Бережный, или физиологический, метод оживления новорожденных. Клинические наблюдения уже давно показали акушерам, что состояние ребенка, родившегося в асфиксии, несколько улучшается, если пуповина остается неперевязанной при наличии пульсации в ней.

Уже в 1791 г. Г. Бухан советовал не спешить с перевязкой пуповины при асфиксии.

После рождения плода плацентарное кровообращение в течение определенного промежутка времени еще сохраняется, в кровь плода поступает некоторое количество кислорода и выводится углекислота.

И. С. Легенченко предложил не отделять новорожденного от матери даже в тех случаях, когда пуповина спадает и не пульсирует. В патогенезе асфиксии он придавал большое значение расстройствам кровообращения, особенно внутричерепного, возникающим в результате сдавления головки и затрудненного венозного

оттока во время прохождения родовых путей. Для устранения этих нарушений и их последствий, по мнению автора, необходимо время, тепло и поступление кислорода. Свой метод, отвечающий этим требованиям, автор назвал бережным, или физиологическим.

Автор считает, что даже при белой асфиксии, если пуповина остается неперевязанной, плод получает достаточное количество кислорода и освобождается от углекислоты. Новорожденного рекомендовалось опускать в теплую воду.

При наличии условий, по-видимому, не следует спешить с перевязкой пуповины, так как через сохранившийся плацентарный круг кровообращения в течение некоторого времени в организм плода поступает какое-то количество кислорода и выводится углекислота. Но такой газообмен продолжается в течение ограниченного времени и только при наличии неотделившейся еще плаценты.

Поэтому этот метод может иметь вспомогательное значение и целиком на него полагаться не следует. В комплексе мероприятий по оживлению искусственное дыхание должно быть ведущим и первостепенным.

В последнее время появились сведения о том, что выжидание с перевязкой пуповины способствует активации фибринолиза в крови новорожденного, что увеличивает частоту кровоизлияний. Если эти данные подтвердятся, то вопрос о времени перевязки пуповины будет окончательно пересмотрен.

Влияние температурных факторов на организм новорожденного при асфиксии. Согревание новорожденного при асфиксии глубоко укоренилось в акушерской практике и продолжает применяться. Полагают, что при этом происходит не только раздражение кожных покровов и рефлекторная стимуляция дыхания, но и перераспределение крови в результате расширения сосудов подкожной клетчатки. Разгружая правую половину сердца, это якобы способствует улучшению сердечной деятельности.

Однако против согревания новорожденных имеются веские возражения.

И. А. Аршавский считает, что оживление новорожденного не должно проводиться в теплой ванночке, так как при этом снижается эффективность рефлекторного возбуждения дыхательного центра.

Температура тела ребенка при погружении в теплую ванночку очень быстро повышается, благодаря недоразвитости терморегуляции, что приводит к общей гипертермии, повышается чувствительность клеток головного мозга к кислородному голоданию. Может также усилиться начавшееся кровоизлияние в жизненно важные органы.

Погружением новорожденного в горячую воду у него выключается кожное дыхание, что тоже может иметь значение в условиях гипоксии.

После извлечения ребенка из ванночки возможно переохлаждение его, так как испарение воды с кожных покровов происходит за счет тепла организма.

В течение нескольких часов после рождения терморегулирующие механизмы у новорожденных несовершенны, организм новорожденного пойкилотермный, т. е. он не в состоянии поддерживать постоянство температуры тела и быстро приобретает температуру окружающей среды.

Совершенно неразвита терморегуляция у недоносков. У них имеются только химические и совершенно отсутствуют физические механизмы теплообмена. Совершенная терморегуляция у них возникает только через несколько месяцев жизни. Поэтому новорожденные высокочувствительны как к переохлаждению, так и к перегреванию.

За последнее время все больше начинают уделять внимания применению при асфиксии новорожденных гипотермии. Как известно, гипотермия является одним из методов, позволяющих затормозить развитие деструктивных процессов в тканях организма в период умирания.

В. А. Неговский считает, что исследования в области гипотермии решают один из центральных вопросов патофизиологии и лечения терминальных состояний, а именно: возможность переживаемости мозгом временного прекращения кровообращения, с последующим полным восстановлением всех жизненных функций.

Имеются сведения об успешном применении глубокой гипотермии у новорожденных (В. Ф. Матвеева, М. И. Корецкий, М. Г. Гулюк и др.) Следует отметить, что у новорожденных при выведении из состояния гипотермии не наблюдается такого грозного осложнения, как фибриляция сердца.

Но в целом следует признать, что метод гипотермии у новорожденных еще не может найти широкого применения из-за недостаточности знаний и громоздкости техники. Авторы, работающие над этим методом, отмечают, что гипотермия создает для новорожденного только временную защиту. Возникает проблема, не произойдет ли при этом такая задержка развития приспособительных механизмов организма новорожденного, что при выходе из гипотермии он окажется еще менее жизнеспособным, чем в момент рождения.

Безусловно, что повышать температуру тела новорожденного при асфиксии нецелесообразно. Учитывая особенности его терморегуляции, по-видимому, следует признать правильным стремление не согревать ребенка, а только предохранять его от чрезмерного охлаждения. Проводя реанимацию новорожденного, нужно принимать меры для поддержания исходной температуры его тела.

Э н т е р а л ь н а я и н с у ф л я ц и я к и с л о р о д а
п р и а с ф и к с и и (в в е д е н и е к и с л о р о д а в ж е л у -
д о к и к и ш е ч н и к). В с к а н д и н а в с к и х с т р а н а х п о л у ч и л р а с -

пространение метод введения кислорода в желудок и кишечник новорожденных с целью ликвидации гипоксии. Сторонники метода считают, что при асфиксии не следует терять время на освобождение дыхательных путей и проведение искусственного дыхания, ибо путем энтеральной инсуффляции можно проще и быстрее наладить снабжение организма кислородом. Полагают, что при этом кислород поступает в сосуды головного мозга.

Более тщательное исследование показало, что весь всосавшийся в кишечнике кислород задерживается в печени. Организм при этом использует энергию анаэробного гликолиза. Печень, находящаяся в благоприятных условиях, справляется в этих случаях с нейтрализацией продуктов обмена, чем и объясняется выживаемость организма.

Эксперименты на крысах действительно показали возможность продления срока выживания животных в условиях гипоксии.

Однако тщательная проверка эффективности указанного метода у новорожденных, проведенная James, Argag и другими, показала, что всасываемость кислорода из желудочно-кишечного тракта незначительная и ни в коем случае не может заменить газообмена в легких.

По-видимому, метод энтеральной инсуффляции кислорода применим только в виде вспомогательного мероприятия при гипоксических состояниях у новорожденных.

Кислород в желудок новорожденных вводят через полиэтиленовую трубку или катетер. У недоношенных детей введенный катетер используют одновременно и для питания. Предварительно конец катетера опускают в сосуд с водой и регулируют поступление кислорода, который должен преодолеть небольшое сопротивление столба воды. После этого катетер осторожно вводят в желудок. Для предупреждения перерастяжения желудка рекомендуется одновременно вводить и второй катетер, несколько меньшего диаметра, свободный конец которого погружают в воду на глубину 3—4 см.

Аппарат искусственного кровообращения (А И К) в реанимации новорожденных. О. П. Морозов (1958) первым применил в эксперименте искусственное кровообращение с целью оживления новорожденных щенков, находившихся в состоянии клинической смерти и тяжелой асфиксии. Для этого был сконструирован специальный аппарат «сердце — легкие» с пенным оксигенатором. Опыты показали высокую эффективность перфузии, и автор высказал предположение, что метод может найти применение в клинике.

Saling (1963) сообщил об успешном применении аппарата для искусственного кровообращения у новорожденных детей. Показаниями для этого метода автор считает наличие внутриутробной пневмонии, недоразвитость легочной ткани у недоношенных новорожденных и некоторые виды уродств.

Нам кажется, что искусственное кровообращение в реанимации новорожденных имеет перспективы. Преимущество его применения у новорожденных заключается в том, что подключить АИК можно к пупочным сосудам без оперативного обнажения и катетеризации других сосудов. Кроме того, можно будет, по-видимому, заполнять АИК пуповинной, или плацентарной, кровью.

Искусственное дыхание у новорожденных. Наиболее эффективным методом, позволяющим быстро восстановить газообмен, является искусственное дыхание. Вентиляция легких искусственным путем уже до восстановления естественного дыхания обеспечивает поступление в организм новорожденного кислорода и удаление углекислоты. Тем самым создаются условия для восстановления функции жизненно-важных органов, в первую очередь сердца и мозга. Расправление легких и ритмическая смена давления является мощным стимулом для возбуждения дыхательного центра. При этом возбуждаются рефлексы, исходящие из самого органа дыхания — легких, что на фоне восстановленного газообмена является наиболее рациональным и естественным.

Ручное искусственное дыхание. Ручные способы искусственного дыхания (по Сильвестру, Соколову и многим другим), рассчитанные на активный выдох, осуществляемый путем уменьшения объема грудной клетки, и пассивный вдох — за счет эластичности тканей, у новорожденных совершенно неэффективны. При грубом проведении они могут нанести травму ребенку. Недышавшие легкие новорожденного при этом методе расправить невозможно, ибо сопротивление расправлению альвеол намного больше сил, направленных на изменение объема.

Внутреннюю поверхность альвеол новорожденного покрывает слой жидкости, которая «склеивает» стенки спавшихся альвеол. Для того чтобы расправить легкие недышавшего новорожденного, нужно приложить такую силу, которая была бы больше силы сцепления внутриальвеолярной жидкости и силы эластичности тканей. При ручном искусственном дыхании вдох происходит пассивно. Давление вдыхаемого воздуха недостаточно для расправления альвеол.

У новорожденных расправления легких и эффективной вентиляции можно добиться только путем вдувания в легкие воздуха, когда повышенное давление внутри дыхательных путей превышает силы сцепления внутриальвеолярной жидкости и сопротивление тканей.

Искусственное дыхание «рот в рот». Вдувание воздуха в легкие новорожденного можно легко осуществить при помощи дыхания «рот в рот» или «рот в нос и рот». Этот старинный способ в последнее время снова начал применяться. Возвращение его в медицинскую практику после длительного забвения совершенно оправданно, ибо среди всех неаппаратных методов искусственного дыхания он является наиболее эффективным и простым.

Так как дыхательный объем новорожденного намного меньше объема вредного пространства дыхательных путей оживляющего, то в легкие младенца попадает чистый атмосферный воздух (дыхательный объем у новорожденного — 20—25 см³, объем вредного пространства взрослого человека — около 140 см³).

Для успешного проведения искусственного дыхания следует придерживаться следующих правил: головку новорожденного необходимо максимально запрокинуть, для чего надо подложить под плечики валик из пеленок. В этом положении оси дыхательных путей выпрямляются, а нижняя челюсть выдвигается вперед, благодаря чему увеличивается проходимость дыхательных путей. Через несколько слоев стерильной марли плотно обхватывают рот или рот и нос новорожденного и производят вдувание (вдох). Затем врач делает вдох, в это время у новорожденного происходит выдох. Следует проводить 20—30 вдуваний в 1 минуту. Лучше производить вдувание через маленькую наркозную маску или воздуховод.

Труднее регулировать величину давления во время вдоха. Для этого нужно следить за степенью расширения грудной клетки ребенка. При искусственном дыхании через интубационную трубку следует быть особенно осторожным, чтобы не превысить допустимых границ давления вдуванием больших объемов воздуха.

Дыхание «рот в рот» является методом «отчаяния», им хорошо овладеть и всегда помнить о нем в тех случаях, когда под рукой нет никаких аппаратов для искусственного дыхания.

А п п а р а т ы д л я и с к у с с т в е н н о г о д ы х а н и я у н о в о р о ж д е н н ы х. В нашей стране инициатором и пропагандистом аппаратных методов искусственного дыхания выступила школа проф. В. А. Неговского. В настоящее время промышленность выпускает в большом количестве различные аппараты, параметры которых учитывают физиологические особенности организма новорожденных.

Уже сейчас можно констатировать, что аппаратные методы искусственного дыхания занимают ведущее место в реанимации новорожденных.

Наиболее простым аппаратом является РДА-1, предназначенный для колхозных родильных домов и участковых больниц. Аппарат позволяет проводить дыхание с активным вдохом и пассивным выдохом, причем вдувается в легкие атмосферный воздух.

По такому же режиму работает аппарат ДП-5, тоже специально предназначенный для новорожденных. Вдувание воздуха производят специальным устройством, соединенным с электрическим мотором.

Многие предпочитают применять аппараты ДП-1 или ДП-2, которые принципиально отличаются от предыдущих аппаратов тем, что производят не только активный вдох, но и активный вы-

дох (во время выдоха аппарат создает отрицательное давление и отсасывает выдыхаемый воздух). Аппараты работают за счет энергии сжатого газа. Чаще всего для этого применяют баллоны с кислородом. В этих случаях в легкие новорожденного вдувается смесь воздуха с кислородом (приблизительно 50% O_2). Однако аппараты могут работать и от компрессора, тогда дыхание проводится атмосферным воздухом.

Многие считают, что у новорожденных следует проводить только активный вдох, выдох же должен происходить пассивно, ибо отрицательное давление может способствовать спадению (коллапсу) альвеол. Однако опыт показывает, что во многих случаях асфиксии именно аппараты, производящие активный вдох и активный выдох, дают наибольший эффект.

По-видимому, отрицательное давление на выдохе оказывает влияние на кровоток через легкие ребенка. Поэтому в тех случаях, когда кровенаполнение легких недостаточное, отрицательное давление способствует увеличению притока крови к легким. Идеальным было бы иметь такие аппараты, которые могли бы работать в разных режимах.

Все аппараты снабжены соответствующими устройствами, позволяющими регулировать величину давления, под которым производят вдувание воздуха или дыхательной смеси в легкие.

Первые вдохи должны проводиться под давлением 30—40 мм рт. ст. Только добившись расправления легких, можно уменьшить давление до 15—20 мм рт. ст. Отрицательное давление на выдохе должно быть в пределах 10—12 мм рт. ст.

Аппараты снабжены устройствами, позволяющими подсоединить к ним маски или интубационные трубки.

Аппаратное искусственное дыхание через маску. Дыхание через маску осуществляется легко и быстро и в большинстве случаев дает хороший эффект.

При дыхании через маску очень важно обеспечить полную проходимость дыхательных путей. Кроме тщательного отсасывания перед проведением искусственного дыхания имеет большое значение правильное положение головки ребенка.

При положении ребенка лежа на спинке оси различных отделов дыхательных путей перекрещиваются под острым углом (рис. 1, а), что увеличивает сопротивление воздушной струе. Кроме того, в этом положении происходит западение языка и нижней челюсти. Для исправления этого необходимо максимально запрокинуть головку, подложив под плечики валик (рис. 73).

С целью придания телу ребенка максимально выгодного положения при проведении реанимации применяется предложенный нами (А. С. Лявинец) столик (рис. 74).

Для предупреждения западания языка и челюсти хорошо применять специальные воздухопроводы, что позволяет подводить струю воздуха непосредственно ко входу в гортань (рис. 75, а и б).

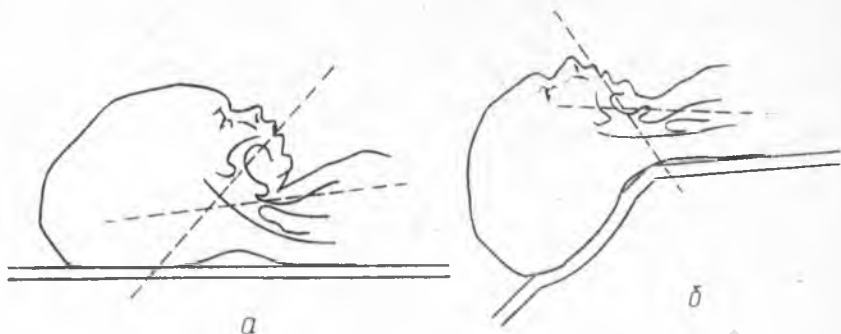


Рис. 73. Положение головки новорожденного перед началом искусственного масочного дыхания:

a — неправильное (ось полости рта и ось гортани пересекаются под острым углом, язык и челюсть западают, что увеличивает сопротивление дыхательных путей вдыхаемому воздуху); *б* — правильное.

Применяя масочное дыхание, следует учитывать его недостатки и своевременно их устранять. Маска неизбежно увеличивает вредное пространство, уменьшая тем самым величину вентиляции. Поэтому у новорожденных желательно применять маски самых малых размеров.

Кроме того, нужно учитывать, что часть вдуваемого воздуха попадает в желудок. Просвет трахеи у новорожденного очень узок, пищевод легко растяжим, тонус кардии при асфиксии ослаблен. Накопление в желудке газа приводит к его растяжению, подпирает диафрагму и затрудняет дыхательные движения. Растяжение желудка может вызвать вагусный рефлекс, ведущий к падению сердечной деятельности. Поэтому нужно периодически удалять накапливающийся газ путем осторожного надавливания на эпигастральную область. При длительном искусственном дыхании через маску желательно вводить в желудок уретральный катетер.

Всех этих недостатков можно полностью избежать, только при-

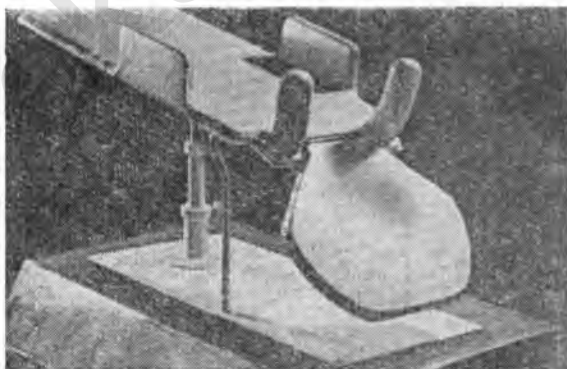


Рис. 74. Столик для реанимации новорожденных

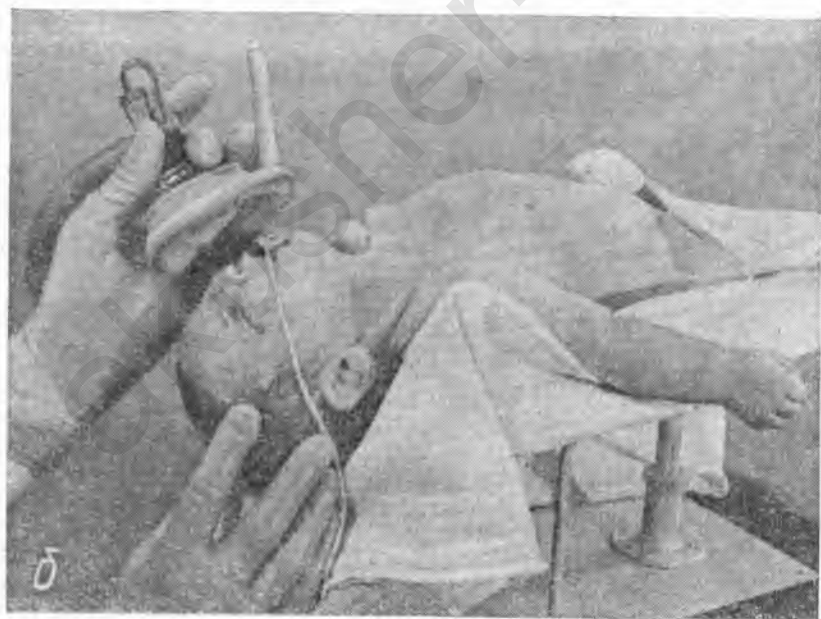
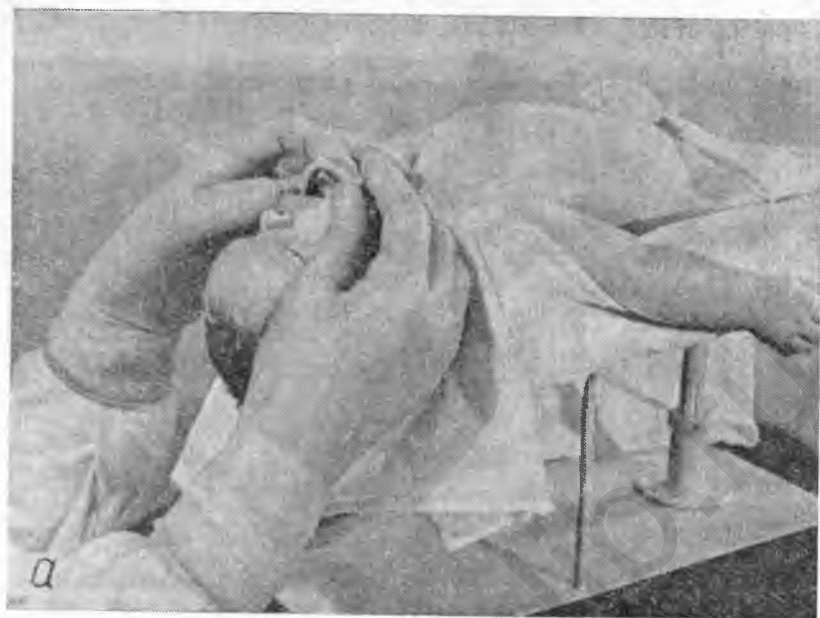


Рис. 75. Новорожденный на реанимационном столике:
а — введение воздуховода; б — наложение маски.

менив вместо маски интубационную трубку, вставленную в трахею.

Интубация новорожденных. При искусственном дыхании, осуществляемом через интубационную трубку, дыхательная смесь попадает непосредственно в трахею. Вредное просторанство дыхательных путей уменьшается до минимума. Возможность возникновения таких механических препятствий воздушной струе, как западение языка и нижней челюсти, исключается. Интубация позволяет провести тщательный туалет дыхательных путей с отсасыванием содержимого трахеи и бронхов.

Показаниями для интубации служат:

1. Клиническая смерть новорожденного, когда применяются мероприятия по оживлению, вплоть до массажа сердца;
2. Тяжелая степень асфиксии;
3. Массивная аспирация околоплодных вод, мекония, сгустков крови и других корпускулярных частиц;
4. Недостаточная эффективность искусственного дыхания через маску в течение 4—5 минут.

Интубацию можно осуществить двумя способами: по пальцу и под прямым ларингоскопическим контролем.

Для интубации по пальцу применяют металлические трубки, придаваемые к аппаратам (РДА-1 и ДП-5) для искусственного дыхания у новорожденных. Однако эти трубки не нашли широкого применения, и от них пришлось отказаться. Введение такой трубки является довольно грубой манипуляцией и часто заканчивается неудачей. Даже у взрослых уже давно отказались от жестких трубок. Длительное пребывание металлической трубки в дыхательных путях новорожденного может вызвать пролежни, отек слизистой. Дистальный конец трубки плотно упирается в переднюю стенку трахеи и искривляет ее ось (рис. 76).

Поэтому у новорожденных лучше применять резиновые интубационные трубки. Такую трубку ввести по пальцу даже с мандреном трудно, поэтому лучше всего прибегнуть к ларингоскопии.

Интубационная трубка для новорожденных должна иметь внешний диаметр 3—4 мм, длину 10—12 см. Имеются специальные трубки для новорожденных, конец которых значительно уже в той части, которая опускается ниже голосовой щели. Это целесообразно, ибо самым узким местом гортани новорожденных является подвязочное пространство. По этой же причине у новорожденных не применяют раздувные манжетки на интубационных трубках.

Применять следует только стерильные интубационные трубки, которые должны храниться в маленьких биксах, чтобы сохранять их изогнутую форму.

Для интубации новорожденных желателно применять специальные ларингоскопы, отличающиеся не только малыми размерами клинка, но и малым весом, что позволяет ощущать сопротивление мягких тканей и проводить интубацию без всякого насилия.

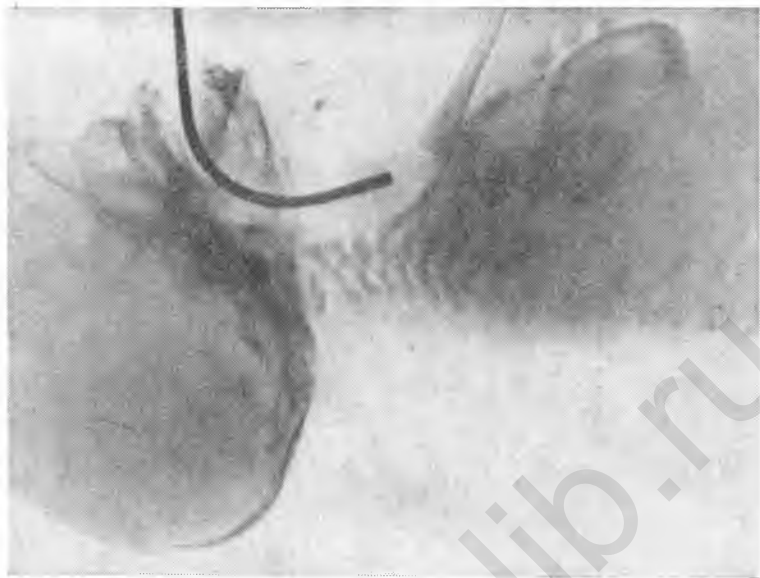


Рис. 76. Изменение оси трахеи и вдавливание ее стенки при интубации металлической трубкой.

Это побудило нас предложить специальную конструкцию ларингоскопа для новорожденных (рис. 77, 78).

Техника интубации новорожденных проста и мало чем отличается от классической интубации у взрослых. Желательно, чтобы головка была несколько ниже туловища. Эту манипуляцию удобно проводить на специальном столике для оживления новорожденных.

После обнажения голосовой щели в просвет ее вставляют интубационную трубку. Трубку не следует вводить слишком глубоко. У доношенного новорожденного расстояние от голосовой щели до бифуркации трахеи составляет около 4 см. Поэтому кончик трубки вводят ниже голосовых связок только на 2—3 см. Если трубка введена слишком глубоко, то происходит интубация одного из бронхов и легкое противоположной стороны выключается из дыхания. Чтобы убедиться в правильном положении трубки, нужно выслушать дыхание с обеих сторон.

Проводить дополнительную тампонаду вокруг интубационной трубки, как это делается у взрослых, нет необходимости. Трубка равномерно прилегает к стенкам дыхательных путей, создавая достаточную герметичность. Соответствующий размер интубационной трубки подбирается в момент ларингоскопии, когда видна голосовая щель. Дезинтубация производится после восстановления самостоятельного дыхания и рефлексов.

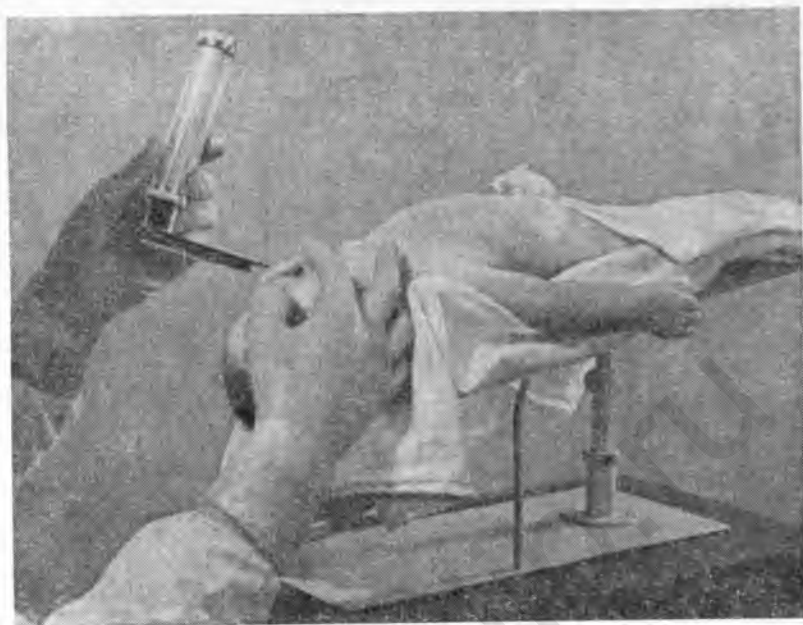


Рис. 77. Ларингоскоп в позиции перед введением.

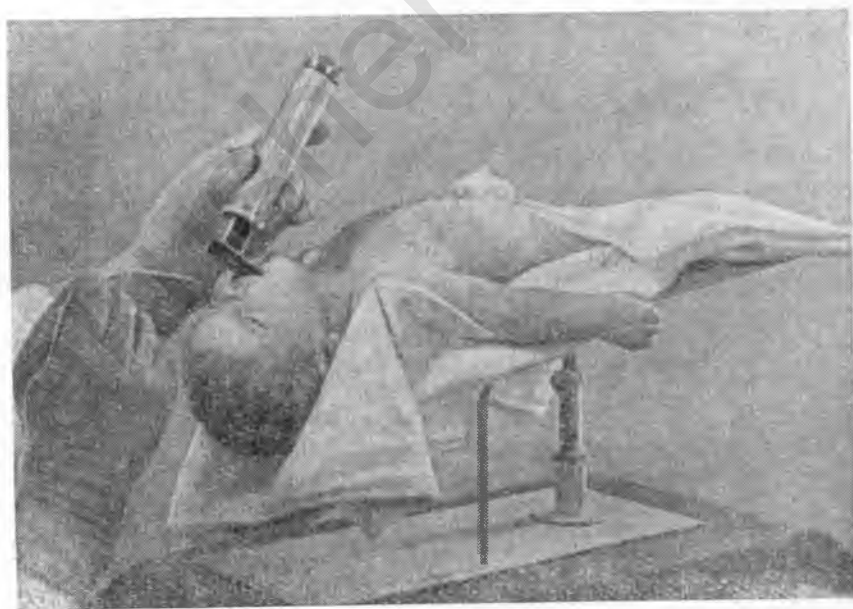


Рис. 78. Момент введения интубационной трубки методом прямой ларингоскопии

Техника интубации должна быть отработана каждым врачом-акушером предварительно на трупах новорожденных.

М а с с а ж с е р д ц а. Если новорожденный рождается в состоянии клинической смерти или остановка сердца наступила после рождения, следует немедленно приступить к массажу сердца. Восстанавливать сердечную деятельность целесообразно лишь в тех случаях, когда от момента прекращения сердцебиений прошло не более 5 минут.

Установлено, что у новорожденных эффективным является непрямой массаж сердца. При этом обеспечивается временная циркуляция крови по сосудам большого и малого круга кровообращения и создается необходимый уровень артериального давления. Таким образом, непрямой массаж сердца является своего рода методом искусственного кровообращения, при котором кровоток в организме восстанавливается, несмотря на отсутствие сердечных сокращений. Естественно, что массаж сердца целесообразно проводить только одновременно с искусственным дыханием.

Т е х н и к а м а с с а ж а с е р д ц а. Массаж проводят одновременно с искусственным дыханием через интубационную трубку. Ребенок должен лежать на твердой поверхности. Для улучшения притока крови к мозгу головной конец его опускается вниз (под углом около 15°). Мы рекомендуем положить ребенка на предложенный нами столик, который должен быть во всех родовспомогательных учреждениях. Столик позволяет придавать новорожденному максимально удобное положение на разных этапах реанимации (рис. 79).

Двумя или тремя пальцами производят ритмичное прижатие грудины, так, чтобы она смещалась на 1—2 см к позвоночнику. Необходимо стремиться к тому, чтобы сдавление сердца совпадало с фазой выдоха. За один выдох нужно успеть сделать 2—4 сдавления — искусственных систол.

В это время помощник набирает в шприц 0,1—0,2 мл адреналина 1:1000. Если в результате массажа сердца с искусственным дыханием сердцебиение не восстанавливается, то производят введение адреналина в полость сердца.

Пунктировать сердце следует в 3—4-м межреберье. Удобнее это делать в два этапа. Вначале прокалывают межреберье, отступив от края грудины на один палец (рис. 80). Затем левой рукой придают грудины, как бы фиксируя сердце между грудиной и позвоночником, и направляют конец иглы медиально, под грудину. Сердце следует при этом пунктировать иглой, посаженной на шприц, во избежание пневмоторакса. После поступления в шприц крови в полость сердца вводят адреналин и вытаскивают иглу. Затем обязательно продолжают массаж и искусственное дыхание до появления спонтанных сердечных сокращений.

При своевременно начатом непрямом массаже сердца обычно удается восстановить сердечную деятельность новорожденного.



Рис. 79. Непрямой массаж сердца.



Рис. 80. Пункция сердца.

При неэффективности непрямого массажа сердца можно прибегнуть к прямому массажу, однако этот метод может проводиться только специально подготовленными лицами и при наличии соответствующих условий.

Порядок проведения реанимации новорожденных.

1. Туалет дыхательных путей. Искусственное дыхание может быть эффективным только при полной проходимости воздухоносных путей на всем протяжении. При асфиксии всегда имеет место аспирация околоплодных вод и содержимого родовых путей, которые должны быть своевременно удалены.

Туалет дыхательных путей должен быть проведен как можно быстрее и очень тщательно. Отсасывание содержимого рта и глотки должно быть начато при головных предлежаниях с момента рождения головки, не дожидаясь рождения плечиков.

В момент рождения головки в узкой части родовых путей находятся плечики и грудная клетка, где они сильно сдавливаются. В результате разности давлений в грудной клетке и в родившейся уже ротовой полости аспирированные массы выжимаются в глотку. Если их не удалить в это время, то после рождения плечиков они вновь опустятся в нижележащие отделы дыхательных путей.

После рождения ребенка при необходимости заканчивают туалет, опустив головной конец ребенка (так называемое дренажное положение) для лучшего оттока аспирированных масс (рис. 81).

При массивной аспирации туалет заканчивают под ларингоскопическим контролем.

2. Быстро приступают к проведению искусственного дыхания одним из описанных выше методов.

Эффективность легочной вентиляции желательно контролировать аускультативно. При плохом расправлении легких стараются обнаружить причину и улучшить вентиляцию (переход на интубационный метод, вставление воздуховода, изменение положения головки, повторное отсасывание и т. д.).

Искусственное дыхание прекращают только после полной нормализации спонтанного дыхания.

3. Во время проведения искусственного дыхания тщательно следят за сердцебиением новорожденного.

Для улучшения сердечной деятельности вводят в пупочную вену 3—4 мл 10% глюконата кальция и 5 мл 40% глюкозы. При склонности к брадикардии повторяют введение глюконата кальция. Резко выраженная брадикардия служит показанием для внутривенного введения атропина (0,1 мл 0,1%).

В случае остановки сердца немедленно приступают к непрямому массажу по описанной выше методике.

4. В течение 6 часов после оживания новорожденный должен находиться под строгим контролем. Желательно выделить специальную палату, оснащенную всем необходимым для реанимации.

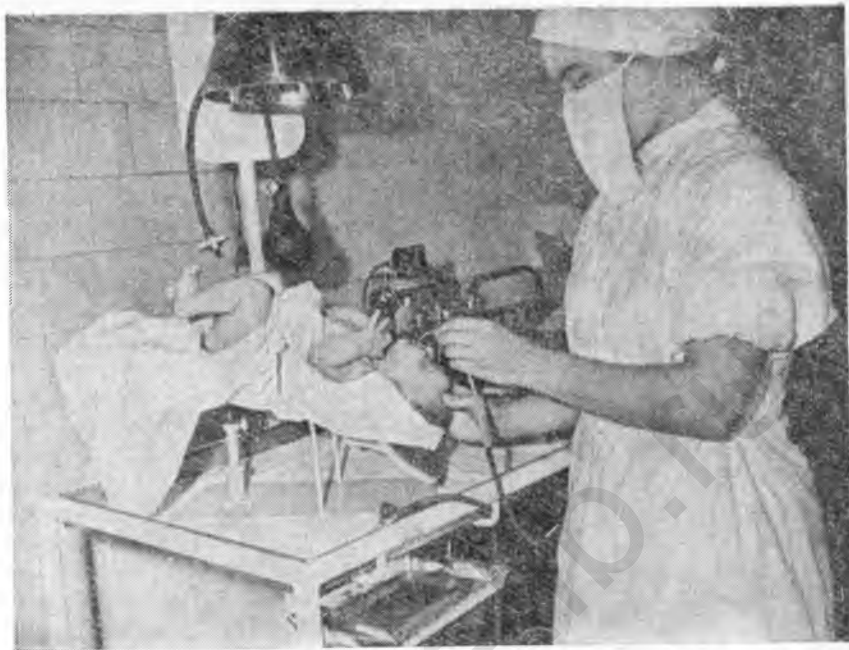


Рис 81 «Дренажное положение» новорожденного в момент отсасывания аспирационных масс из дыхательных путей.

В ближайшие часы ребенку, выведенному из терминального состояния, проводят повторное отсасывание слизи из дыхательных путей и содержимого желудка, кислородотерапию. При необходимости применяют повторное искусственное дыхание, по показаниям вводят аминазин, глюкозу, витамины, АТФ, глюкокортикоиды, плазму крови и т. д.

В плане реанимации должны предусматривать:

1. Туалет дыхательных путей. Отсасывание проводят отсосом ДП-1 или педальным. Ребенку при этом придают дренажное положение. Катетеры периодически промывают фурацилином.

2. Ларингоскопию и интубацию. Столик для оживления позволяет придать головке наиболее выгодное положение для интубации.

3. Искусственное дыхание через маску (рис. 82) или интубационную трубку. Адаптеры обеспечивают возможность применения маски или трубки при любом аппарате.

Возможные режимы искусственного дыхания:

а) атмосферным воздухом (ДП-5, РДА-1, ДП-1) при работе с компрессором;

б) 50% смесью кислорода с воздухом (ДП-1);

в) с активным вдохом и пассивным выдохом (ДП-5, РДА-1);
г) с активным вдохом и выдохом (ДП-1).

При дыхании через маску головке придают наиболее выгодное положение. При отсутствии кислорода в большом баллоне, при оказании помощи в детской палате или в момент смены баллонов и транспортировке используют запасной баллон.

В случае отсутствия электроэнергии и кислорода во всех баллонах искусственное дыхание проводят аппаратом РДА-1.

4. Массаж сердца и восстановление кровообращения. Столик позволяет немедленно придать ребенку соответствующее положение. Под рукой в полной готовности имеется все для пункции сердца и его массажа.

Эффективность реанимации новорожденных методом искусственного аппаратного дыхания. Мы провели анализ результатов реанимации за 2 года (1964 и 1965) более чем у 14 000 новорожденных.

При I степени асфиксии восстановление жизненных функций методом искусственного аппаратного дыхания имело место 98,6% новорожденных, II степени — в 97% и III степени (в том числе и клиническая смерть) — в 58%. В настоящее время мы почти не наблюдаем случаев смерти при «чистой» асфиксии, не сопровождающейся кровоизлиянием в мозг. Даже при резком нарушении вну-

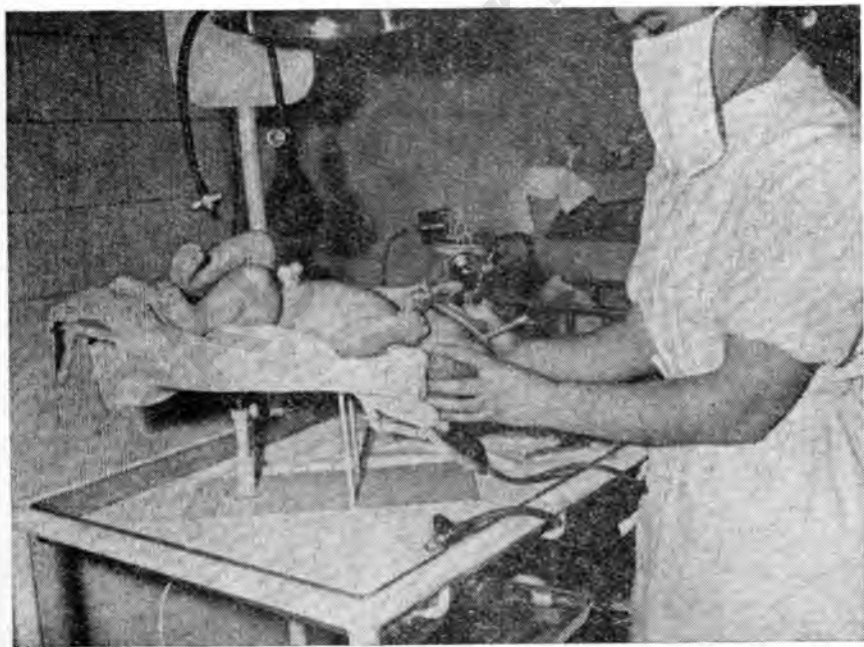


Рис. 82. Масочное аппаратное искусственное дыхание.

тричерепного кровообращения метод искусственного аппаратного дыхания в комплексе с другими лечебными мероприятиями оказывается в достаточной степени эффективным. Однако часть детей этой категории, имеющая обширные кровоизлияния в мозг, погибает в дальнейшем от сопутствующих этому состоянию осложнений (пневмония, паралич дыхательного или сосудодвигательного центров, нарушение питания и др.).

В родильных домах Украинской республики аппаратный метод искусственного дыхания является ведущим методом реанимации новорожденных, применение которого дало возможность снизить перинатальную смертность до 14,1 на 1000 рождений. Дальнейшее усовершенствование применяемой дыхательной аппаратуры и освоение всеми акушерами и акушерками метода реанимации дает возможность получить более низкие показатели постнатальной смертности новорожденных.

Нередко беременность, не достигая полного естественного развития, прерывается в разные сроки. Это является результатом отслойки плодного яйца от слизистой оболочки матки или нарушения его развития. В таких случаях плодное яйцо изгоняется из полости матки и, в зависимости от срока беременности, наступает выкидыш — аборт (*abortus*) или преждевременные роды (*partus praematurus*).

Аборт представляет собой важную социальную проблему и имеет большое значение в медицинском отношении.

Принято говорить о раннем аборте, если прерывание беременности произошло в первые 16 недель, или позднем — в 16—28 недель.

Когда же срок прервавшейся беременности установить невозможно, к аборту относят те случаи, при которых вес плода равен или менее 1000 г, а длина — 35 см и менее. Новорожденный с таким весом и длиной тела в большинстве случаев нежизнеспособен, даже при самом тщательном уходе.

В основу классификации абортов принимаются различные факторы: характер нарушения беременности, степень патологии, клиническое течение и другие причины.

В практическом отношении принято различать следующие формы абортов: 1) самопроизвольный (*abortus spontaneus*); 2) искусственный (*abortus artificialis*).

Искусственный аборт, в свою очередь, подразделяется на: 1) законный (*abortus artificialis medicalis*), произведенный в лечебном учреждении; 2) криминальный (*abortus artificialis criminalis*), преступный, внебольничный.

По степени развития патологического процесса различают аборты: 1) угрожающий (*abortus imminens*); 2) начинающийся (*abortus incipiens*); 3) в ходу (*abortus progrediens*); 4) неполный (*abortus incompletus*); 5) полный (*abortus completus*); 6) несостоявшийся (*missed abortion*).

По клиническому течению различают аборты: 1) неосложненный; 2) инфицированный (лихорадящий).

Л и х о р а д я щ и й а б о р т разделяется на: 1) неосложненный инфицированный выкидыш, когда инфекция не выходит за пределы матки; 2) осложненный инфицированный выкидыш, когда инфекция выходит за пределы матки с поражением труб, яичников, брюшины и клетчатки малого таза; 3) септический выкидыш с генерализацией процесса в клетчатку брюшины, вены таза с развитием септицемии и септикопиемии.

И с к у с с т в е н н ы й м е д и ц и н с к и й а б о р т (abortus artificialis). В Советском Союзе искусственное прерывание беременности допускается всем женщинам по их желанию, в срок не свыше 12 недель, при отсутствии противопоказаний.

Операцию искусственного прерывания беременности производят беременной в больничных условиях, после предварительного обследования врачом женской консультации: точно устанавливаются срок беременности, производят осмотр по системам и органам, а при необходимости — анализ выделений из влагалища и цервикального канала на флору и гонококки, общий анализ крови. У первобеременных необходимо перед абортom исследовать кровь на резус-принадлежность. Если кровь у женщины окажется резус-отрицательной, врач должен еще раз объяснить всю опасность для нее аборта, уже с точки зрения возможной сенсибилизации к резус-фактору при повторных беременностях.

Наиболее благоприятным для производства аборта является срок 7—10 недель беременности. Матка к 10 неделям беременности увеличивается до размеров женского кулака, имеет выраженную шаровидную форму, мягкую консистенцию. Слизистая оболочка входа во влагалище синюшная, особенно в области складок передней стенки влагалища вблизи уретры и остатков девственной плевы. В этот срок беременности связь плодного яйца с маткой не так прочна, стенки матки упруги, хорошо сокращаются.

При малых сроках беременности (5—6 недель) матка увеличивается больше в передне-заднем направлении, асимметрична, достигает размеров куриного яйца. Операция аборта в этом случае может закончиться оставлением плодного яйца в полости матки, и тогда беременность продолжается или аборт протекает по типу неполного.

Производство аборта в срок 11—12 недель беременности сопряжено с возможностью большей кровопотери. Величина матки к концу 3-го месяца (12 недель) уже большая, достигает размера мужского кулака, заполняет верхнюю часть полости малого таза, а дно ее располагается выше лона на 6—7 см, форма шаровидная, стенки тонкие. Пышно развивающийся хорион, богатство сосудов и лакун в децидуальной оболочке — будущей плацентарной площадке — создают условия для кровотечения при разрушении плодного яйца. Поэтому аборт лучше производить в срок 7—10 недель беременности, когда менее вероятны вышеупомянутые осложнения.

Особенно часто встречаются осложнения аборта, в том числе

и медицинского, при первой беременности. В таких случаях нередко с трудом раскрывается канал шейки матки, при этом возможность повреждения матки увеличивается.

Следует иметь в виду, что при всяком аборте резко нарушается гормональная функция, что при неполной половой зрелости у молодых женщин пагубно сказывается в течение всей жизни. Вот почему первая беременность не должна прерываться.

Помимо всего, при многих заболеваниях женщин аборт представляет собой новое осложнение, вследствие которого возникает опасность для здоровья женщины.

В инструкции Минздрава СССР, утвержденной 29/XI 1955 г., предусмотрены следующие противопоказания для аборта: 1) острая и подострая гонорея; 2) острые и подострые воспалительные процессы половых органов; 3) наличие гнойных очагов, независимо от их локализации; 4) срок менее 6 месяцев после операции аборта; 5) наличие острых инфекционных заболеваний.

Перед направлением женщин на аборт необходимо тщательно их обследовать, чтобы не просмотреть патологии, могущей служить причиной тяжелых исходов аборта. Женщину должны подвергнуть не только бимануальному влагалитическому исследованию, но и обязательному осмотру слизистой оболочки влагалитицы и влагалитической части с помощью зеркал. Если обнаруживаются эрозия шейки матки, гнойные выделения, а при микроскопическом исследовании их — большое количество лейкоцитов, обильная кокковая флора, то проводят лечение и после повторного обследования женщину направляют на аборт. При обнаружении в мазке гонококков аборт противопоказан.

Осмотр с помощью зеркал необходим и для выявления старых разрывов на влагалитической части шейки матки, эктропиона. При наличии таких изменений целесообразно параллельно с операцией искусственного аборта произвести иссечение старых рубцов и ушивание шейки. Размягчение ее во время беременности и в связи с этим хорошее кровоснабжение тканей облегчают производство операции и способствуют лучшему заживлению тканей шейки матки. У таких женщин за 5—7 дней до аборта рекомендуется производить обработку влагалитицы антисептическими растворами (риванол, фурацилин, марганцевокислый калий); во время лечения необходимо воздержание от половой жизни.

В стационаре больную снова подвергают осмотру для уточнения срока беременности и подтверждения отсутствия противопоказаний; производит тщательную санитарную обработку больной (снятие волос с лобка и наружных половых органов, клизма, душ).

Операцию производят в специальной операционной, а при отсутствии ее — в небольшом родильном отделении, используют родовую комнату, когда в ней нет рожениц.

Врач, производящий операцию, обязан лично проверить срок беременности, определить форму и величину матки, ее положение

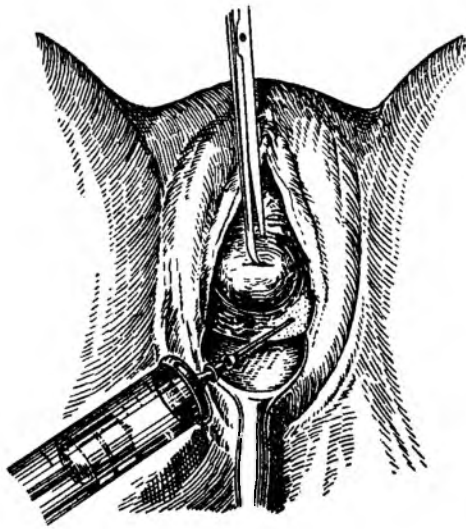


Рис. 83. Местная анестезия при операции аборта. Введение раствора новокаина в параметральную клетчатку со стороны заднебокового свода.

и, только убедившись, что нет патологических изменений, может начать операцию. Перфорация матки при медицинском аборте чаще всего бывает в тех случаях, когда второпях производят операцию аборта без учета положения матки, направления шейки, словом, при недостаточном внимании врача.

Некоторым женщинам, слишком возбужденным и испытывающим страх перед операцией, вводят под кожу 1 мл

2% раствора пантопона и внутримышечно — 4 мл 25% раствора сернокислой магнезии. Кроме того, производят местную анестезию (рис. 83).

Осложнения при искусственном аборте. Правильная техника производства аборта, учет противопоказаний и достаточная квалификация врача в известной мере уменьшают опасность непосредственных и отдаленных осложнений аборта.

Возможные осложнения во время операции:

К р о в о т е ч е н и е может возникнуть при отслойке плодного яйца. В этом случае необходимо продолжать выскабливание до полного его удаления. Только после этого матка сокращается и кровотечение останавливается. Для усиления сокращения матки при большой ее величине и тонких стенках целесообразно при кровотечении ввести в ткань шейки матки 0,5—1 мл питуитрина или окситоцина. После этого следует вновь проверить полость матки. Если же в результате атонического состояния матки кровотечение продолжается и после удаления плодного яйца, в случае полной уверенности в целостности матки, можно кроме использования контрактильных веществ сделать тампонаду матки и влагалища. Неостанавливающееся кровотечение должно навести на мысль о прободении матки, особенно если кюретка перестает доставлять части плодного яйца и кровотечение усиливается, или о нарушении системы свертывания крови. В последнем случае надо перелить свежечитратную кровь, фибриноген и эпсилон-аминокапроновую кислоту.

Если операция сопровождалась кровопотерей более 200 мл, рекомендуется перелить кровь в компенсирующей дозе с учетом групповой- и резус-принадлежности.

К очень тяжелым осложнениям аборта относятся повреждения матки и соседних органов. Эти повреждения могут быть произведены любым инструментом и на любом этапе операции. Так, при форсировании потягивания шейки матки пулевыми щипцами и настойчивом введении расширителей в канал, несмотря на препятствие, может возникнуть надрыв шейки матки в области влагалищной части или внутреннего зева. Если введение расширителей вдруг стало свободным, надо расширение прекратить и думать об образовании щели из толщи шейки матки в параметральную клетчатку. У женщины появляются боли внизу живота, а при двуручном исследовании рядом с маткой определяется тугопластическая опухоль, сливающаяся с контурами матки. Это гематома широкой связки.

Не менее тяжелым и грозным осложнением является **п р о б о д е н и е** м а т к и. Оно может быть проникающим в брюшную полость и неполным — при повреждении только части матки. Неполные повреждения могут проходить при маловыраженных симптомах и нередко просматриваются.

Прободение матки может быть произведено зондом, расширителем, корн- и абортцангом, кюреткой. При наличии неожиданно глубокого проникновения инструмента следует заподозрить перфорацию и немедленно прекратить операцию, независимо от того, удалено ли из полости матки плодное яйцо. В противном случае женщине могут быть нанесены очень тяжелые повреждения не только матки, но и соседних органов. Особенно тяжелые повреждения могут быть нанесены абортцангом и корнцангом. Ими невзначай захватываются петли кишечника, сальника, которые иногда извлекаются наружу — во влагалище. В подобном случае диагноз прободения матки становится несомненным, и женщина подлежит немедленной операции. Распознавание перфорации матки не всегда легкое, особенно если прободение сделано в другом лечебном учреждении либо другим врачом. Для уточнения диагноза может быть использовано контрольное зондирование полости матки. Однако это должно быть сделано очень осторожно, так как при настойчивых поисках отверстия в матке можно нанести новые повреждения или перфорировать целую матку и думать, что перфорация сделана ранее.

Зондирование полости матки противопоказано при подозрении на инфекцию и особенно при наличии ее. Иногда перфорация матки во время операции аборта остается нераспознанной. И только бурное начало и нарастание перитонеальных явлений после выскабливания наводят на мысль о возможной перфорации матки во время аборта.

Действия врача при перфорации матки зависят от локализации и характера повреждения, наличия кровотечения и общего состояния больной.

Немедленно лапаротомия показана при перфорации с повреждением петель кишечника, сальника и брюшных органов, при внут-

реннем кровотечении, при прободении инфицированной матки и при прободении матки большой кюреткой.

Если же прободение матки произведено зондом или тонким расширителем и врач после этого прекратил все манипуляции, то можно применить неоперативный метод лечения. Но в этом случае нужно быть уверенным в том, что перфоративное отверстие небольшое, нет внутреннего кровотечения, кишечная петля и сальник не выпали в полость матки, брюшные органы не повреждены, нет инфекции.

Больную укладывают в постель, назначают лед на живот, тщательно наблюдают за ее состоянием, не применяя наркотиков.

Если последующее наблюдение за больной не выявляет повышения температуры, учащения пульса, болей в животе и напряжения стенки живота (симптом Щеткина), консервативное лечение должно продолжаться в стационаре до 10—12 дней.

В целях профилактики перфорации матки врач обязан точно знать положение ее до операции, низводить шейку матки кзади или кпереди, выпрямляя угол между телом и шейкой, не предпринимать глубокого, форсированного введения инструментов в матку, не пользоваться корнцангом, а абортцанг вводить в полость матки закрытым и захватывать им только отделенные части плодного яйца, не производить аборт в срок свыше 12 недель.

Неполное удаление частей плодного яйца и отпадающей оболочки довольно часто вызывает осложнение аборта. Признаками осложнения являются длительные кровянистые выделения из матки, схваткообразные боли внизу живота, отхождение остатков плодного яйца и слизистой матки. Матка мягкая, наружный зев открыт, из канала — кровянистые выделения. В таком случае показано повторное выскабливание слизистой оболочки полости матки при условии, если у женщины нормальная температура и нет признаков инфекции половых органов.

При неполном удалении остатков плодного яйца вследствие подозрения на перфорацию матки опытный врач может сделать попытку удалить остатки плодного яйца, убедившись, что перфорации нет.

Операция выскабливания беременной матки может осложниться воспалением органов половой сферы и септическим заболеванием. Это связано с внесением инфекции во время операции или наличием ее до операции. Описаны случаи развития тяжелейшего осложнения — септической инфекции после аборта в результате прорыва в брюшную полость гнояника, не распознанного до операции искусственного аборта.

Помимо инструментального удаления плодного яйца (кюретажа) в настоящее время для искусственного прерывания беременности в срок до 12 недель используют вакуумные аппараты, предложенные впервые Э. И. Мелкс, А. В. Зубеевым, В. С. Лесюк.

Аборт производят по принципу аспирации (отсоса) плодного

яйца из полости матки, без применения выскабливания кюреткой.

Метод искусственного прерывания беременности путем аспирации имеет значительные преимущества перед методом прерывания беременности путем выскабливания полости матки. Он сопровождается менее выраженными болевыми ощущениями, меньшей кровопотерей и меньшей травматизацией миометрия. Продолжительность самой операции значительно сокращается. При пользовании вакуум-аппаратом меньше травмируется шейка и стенки матки, редко встречаются такие осложнения, как перфорация. Однако опасность перфорации, особенно металлическими трубками малых диаметров, исключить нельзя. Поэтому все меры предосторожности, которые предпринимает врач при выскабливании, должны быть применены и при этом методе. В последнее время находят применение полиэтиленовые наконечники, при пользовании которыми перфорация матки менее вероятна.

После искусственного аборта нередко бывают осложнения в более поздние сроки: воспаление матки и придатков, нарушение овариально-менструальной функции, бесплодие. Известно, что аборт способствует возникновению различных осложнений при последующей беременности (внематочная беременность, самопроизвольный аборт, неразвивающаяся беременность, преждевременные роды, кровотечение и слабость родовой деятельности в родах). Указанные осложнения могут быть даже в тех случаях, когда аборт протекал благополучно, но это благополучие было лишь кажущимся, так как морфологические и функциональные изменения в половой сфере проявляются через разные сроки после аборта.

С а м о п р о и з в о л ь н ы й а б о р т (*abortus spontaneus*). Самопроизвольный аборт наступает в результате различных нарушений в организме, приводящих к первичной гибели плодное яйцо или к повышению возбудимости мускулатуры матки и ее сократительной способности. В последнем случае гибель плодного яйца наступает вторично, ей предшествуют сокращения матки, нарушающие связь между нею и плодным яйцом.

В различные сроки нормальной беременности возбудимость маточной мускулатуры бывает неодинаковой, однако она постоянно поддерживается на невысоком уровне, что регулируется с помощью нервно-гуморальных и нервно-эндокринных механизмов. И хотя беременной матке свойственен определенный тонус, заметных сокращений мускулатуры матки не происходит. При таких условиях беременность донашивается до полной зрелости внутриутробного плода. Однако иногда наступает преждевременное самопроизвольное прерывание беременности. Это зависит не только от состояния организма беременной женщины, имеющих у нее заболеваний, но и от состояния плодного яйца, его взаимоотношений с организмом матери.

Во время беременности на зародыш могут действовать раз-

личные повреждающие факторы, косвенным путем — через организм матери или непосредственно. В результате этого понижаются окислительные процессы в тканях плодного яйца, происходят нарушения в процессе развития плода, что ведет его к гибели или развитию пороков.

Прекращение развития плода нередко наступает при общих заболеваниях, особенно при острых и хронических инфекциях (грипп, дизентерия, скарлатина, тифы, малярия, сифилис, бруцеллез, туберкулез и др.). Повышение температуры, интоксикация организма, а в некоторых случаях заражение плода являются непосредственными причинами выкидыша. В последнее время установлено не благоприятное влияние на развитие плода таких заболеваний, как токсоплазмоз и листереллез. Токсоплазмами заражаются не только женщина, но и внутриутробно развивающийся плод, в результате чего может прекратиться его дальнейшее развитие.

Самопроизвольный аборт может наступить также у женщин с заболеваниями крови и кроветворной системы, пороками сердца, сопровождающимися расстройством сердечно-сосудистой деятельности.

В некоторых случаях несовместимость крови матери и плода по Rh-фактору и групповой принадлежности неблагоприятно отражается на развитии плода, и беременность может закончиться самопроизвольным выкидышем. К такому же концу беременности может привести нарушение функции эндокринных желез, пищевые и медикаментозные отравления, лучевая болезнь. Острые кишечные инфекции, сопровождающиеся усилением перистальтики кишечника, могут стать причиной увеличения сокращений матки и, следовательно, самопроизвольного аборта.

Возникновению самопроизвольного аборта способствует одностороннее или недостаточное питание, особенно в отношении витаминов А, В₁, С, Д и Е. На почве недостатка витаминов нарушается работа желез внутренней секреции (гипофиза, яичников, детского места и др.), регулирующих деятельность половых органов, нарушаются обменные процессы в течении беременности.

Большое значение в развитии спонтанного прерывания беременности имеет недостаток витамина Е, который необходим для нормального развития эмбриона. Он оказывает стимулирующее влияние на переднюю долю гипофиза и способствует образованию желтого тела, является активатором процессов клеточного деления, улучшает трофику яйца, угнетает моторику матки, уменьшает ее реакцию на питуитрин, увеличивает образование хориогонического гонадотропина.

Ряд авторов указывает, что при самопроизвольном аборте уровень половых гормонов в моче нарушается. Особое значение в этом отношении имеет недостаток гормона желтого тела яичника — прогестерона (Л. П. Преображенский, А. Е. Болгова и др.).

Прогестерон играет большую роль в процессе зачатия и развития беременности. Благодаря его влиянию происходит секреторная фаза в эндометрии, следовательно, создаются условия для nidации и имплантации оплодотворенного яйца. В последующем гормон желтого тела способствует расслаблению и растяжению стенок матки, разрыхляет соединительную ткань, подавляет возбудимость нервно-мышечного аппарата матки. В большинстве случаев при угрожающем аборте количество прегнандиола (продукт метаболизма прогестерона) в моче падает. Стойкое и длительное падение количества прегнандиола в моче беременной женщины указывает на неблагоприятный прогноз. Однако при половом инфантилизме может быть недостаток не только прогестерона, но и эстрогенов, обеспечивающих рост беременной матки, что надо учитывать при выборе метода лечения.

Токсикозы беременности, особенно в сочетании с другими заболеваниями (грипп, малярия и др.), могут быть причиной аборта. При нефропатии беременных, сочетающейся с гипертонической болезнью, выкидыш наступает особенно часто. При поздних токсикозах происходят фиброзные изменения в ворсинах, образуются белые инфаркты, что приводит к нарушению плацентарного кровообращения, преждевременной отслойке плаценты, кислородному голоданию плода и его гибели.

Среди других причин аборта следует указать на отравление свинцом, ртутью, а также на хронические отравления алкоголем и морфием.

Ряд гинекологических заболеваний нарушает условия, в которых происходит развитие зародыша. Так, воспаление слизистой оболочки и мышечного слоя матки нередко приводит к грубым изменениям в них, в результате чего плодное яйцо не находит благоприятных условий для своего развития и происходит выкидыш. Воспаление придатков матки и других отделов половой сферы, загиб матки кзади, опущение и выпадение ее за пределы половой щели, недоразвитие матки, аномалии внутренних половых органов, опухоли матки и ее придатков — факторы, предрасполагающие к выкидышу.

В последнее время самопроизвольный аборт, особенно привычный, связывают с анатомической и функциональной недостаточностью шейки матки и перешейка. Анатомическая недостаточность является следствием разрывов шейки матки после перенесенных родов, абортов, операций. Истмикоцервикальная недостаточность функционального характера возникает при выраженном инфантилизме, гипоплазии и пороках развития матки.

В случаях истмикоцервикальной недостаточности во время беременности происходит раскрытие цервикального канала, что рано или поздно приводит к аборту. В подобных случаях А. И. Любимова накладывает круговой шов на шейку матки. Для этого используют медную проволоку диаметром 0,2 мм. заключенную в

полиэтиленовую оболочку, шов фиксируют к передней и задней губам шейки шелковыми лигатурами; такой шов накладывают в любые сроки беременности.

Физическая и психическая травмы, ушибы, падение, длительное сотрясение тела, грубо произведенное гинекологическое исследование, половое сношение, внезапный испуг, длительно переживаемый страх и другие факторы могут быть причиной самопроизвольного аборта. Однако к оценке значения этих факторов при выяснении действительной причины выкидыша следует подходить осторожно. Нередко физическая и психическая травмы являются только непосредственной причиной аборта, который наступает при наличии других предрасполагающих причин. У здоровой женщины выкидыш от воздействия как физической, так и нервно-психической травмы наступает редко. Описаны случаи, когда беременность сохранялась у женщин, перенесших множественные переломы костей рук, ног, таза в результате падения с большой высоты, и когда она прерывалась, особенно в первые 2—3 месяца, от незначительной физической травмы, если женщина страдает, например, хроническим воспалением матки или ее недоразвитием. В последнем случае к прерыванию беременности может привести даже половое сношение.

Самопроизвольное прерывание беременности может повторяться многократно. Если самопроизвольный аборт повторяется при двух и более беременностях, говорят о привычном выкидыше (*abortus habitualis*). В подобных случаях нередко возникает порочный рефлекс — привычное недонашивание, когда беременность прерывается, как только она достигает срока, в котором обычно прерывалась предыдущая беременность. Такие привычные выкидыши часто бывают после искусственного прерывания первой беременности.

Независимо от причины, вызвавшей самопроизвольный выкидыш, последний сопровождается усиленными сокращениями матки, в возникновении которых большое значение имеют нервно-гуморальные, рефлекторные взаимоотношения, а также взаимоотношения плода и матери.

Установлена теснейшая связь периферического нервного аппарата матки с центральной нервной системой, осуществляемая по нервным путям, с помощью гуморальных факторов, а также связь между плодом и матерью. Н. Л. Гармашева показала, что импульсы, идущие от плода, оказывают влияние и на сокращение матки.

Выяснено, что во время беременности возбудимость коры больших полушарий головного мозга повышается, а при снижении возбудимости спинного мозга создается «охранительное» состояние беременной матки (И. И. Яковлев). При обратных взаимоотношениях внешние и внутренние раздражители могут привести к развитию сокращений матки и выкидышу.

Сокращения матки приводят к отслойке плодного яйца, прикрепленного к стенке матки, независимо от того, развивается беременность

или плодное яйцо прекратило свое развитие и находится еще в полости матки. В последнем случае, несмотря на его гибель, схватки вначале могут не возникать. Однако по мере увеличения сокращений матки прогрессирует отслойка плодного яйца, вскрываются кровеносные сосуды матки и из них начинается кровотечение, которое иногда бывает опасным для жизни женщины. Матка сокращается все больше, схваткообразные боли у женщины увеличиваются, плодное место продолжает отслаиваться от стенок матки и наконец наступает выкидыш.

В клиническом течении самопроизвольного аборта различают несколько стадий.

Первая стадия — угрожающий аборт (*abortus imminens*) — самая начальная стадия прерывания беременности. При этом отслойка плодного яйца от стенки матки не происходит и поэтому у женщины нет кровотечения, лишь имеются схваткообразные боли внизу живота и пояснице. В этой стадии беременность может сохраниться, если срочно начать лечение. В противном случае аборт может перейти во вторую стадию, тогда он будет называться начинающимся (*abortus incipiens*). Возбудимость матки возрастает, схваткообразные боли увеличиваются, плодное яйцо начинает отслаиваться от своего ложа в области базальной части децидуальной оболочки, где пышно развита сосудистая сеть. Появляются кровавистые выделения из матки. В подобных случаях необходимо беременную уложить в постель, назначить прогестерон, раствор промедола и сернокислой магнезии. Отслойка плодного яйца может приостановиться, и беременность будет продолжать развиваться. Однако беременность сохраняется не всегда, выкидыш переходит в третью фазу — аборт в ходу (*abortus progrediens*). При этом кровотечение увеличивается, становится значительным и может вызвать резкое малокровие женщины. Продолжается отслойка плодного яйца, которое еще остается в полости матки, что мешает ее сокращению. Кровотечение нарастает. Наконец часть плодного яйца изгоняется из полости матки, другая остается соединенной со стенками ее. В этой стадии аборт называется н е п о л н ы м (*abortus incompletus*).

При полной отслойке плодного яйца от стенок матки и изгнании его из полости говорят о полном аборте (*abortus completus*).

Иногда в ранних сроках беременности плодное яйцо во время аборта полностью отслаивается от стенок матки и под влиянием схваток опускается в шейный канал. В случае ригидности наружного зева шейки матки он остается закрытым, плодное яйцо задерживается в канале шейки матки, растягивает ее стенки, придавая шейке бочкообразную форму. В этом случае говорят о ш е е ч н о м в ы к и д ы ш е (*abortus cervicalis*). При этом стенки канала могут истончиться, произойти их разрыв.

Чаще разрывается задняя стенка шейки, через образовавшееся

ся отверстие плодное яйцо выбрасывается во влагалище (*abortus praeternaturalis*). Образуется шеечно-влагалищная фистула.

Указанные клинические формы аборта наблюдаются чаще всего, выкидыш начинается с усиления сокращений матки при сохранении еще связи плодного яйца с маткой при его жизни. В таких случаях бывают сильные кровотечения.

При первичной же гибели плодного яйца развитие аборта идет по другому типу. Ворсины погибшего плодного яйца заустевают, децидуальная оболочка некротизируется, плодное яйцо не отслаивается от своего ложа и не изгоняется из матки. Это не состоявшийся выкидыш (*missed abortion*). Околоплодная жидкость всасывается, плодное яйцо сморщивается, одна часть плаценты продолжает снабжаться кислородом, другая — перерождается. В случае если имеет место частичная отслойка плаценты, в полости матки накапливаются кровяные сгустки, которые окружают плодное яйцо. В результате пропитывания кровью плодного яйца оно резко изменяется и вместе с содержимым матки превращается в *к р о в я н о й з а н о с* (*mola haematomatosa*), а в последующем, по мере выщелачивания кровяного пигмента, кровяной занос принимает желтовато-гнилостный цвет и превращается в *м я с и с т ы й з а н о с* (*mola carnososa*). Погибшее плодное яйцо может длительно находиться в полости матки, пока не появятся схватки, за счет которых изгоняется плод. Такие выкидыши часто сопровождаются длительными кровотечениями, аборт принимает затяжной характер (*abortus progrediens*), при нем женщина постепенно обескровливается. В случае рождения плода в более поздние сроки — при долгом нахождении его в матке после внутриутробной смерти — кровотечение во время отделения остальных частей плодного яйца бывает весьма опасным.

Распознавание отдельных форм выкидыша имеет большое практическое значение, так как от этого зависит прогноз и выбор лечения.

Особенно важно своевременно установить диагноз угрожающего выкидыша. Это облегчается определением в моче количества эстрогенов, прегнандиола, 17-кетостероидов, хориогонического гонадотропина, а также исследованием влагалищных мазков.

Имеются указания (В. Г. Орлова и др.) о том, что в моче женщин с привычным и угрожающим выкидышами происходит резкое снижение содержания эстриола, а при гибели плода содержание его уменьшается в 10—100 раз по сравнению с нормальной беременностью тех же сроков.

Ряд авторов указывает также на снижение при привычном и угрожающем абортах количества эстрогенов, прегнандиола и 17-кетостероидов. Содержание их в моче здоровых беременных в срок от 8 до 28 недель резко колеблется. Так, по данным П. Г. Шушаниа, А. М. Барногян и других авторов, в течение суток с мочой выделяется: эстрогенов — 300—1800, прегнандиола — от 3 до 61 мг,

17-кетостероидов — от 3 до 16 мг. Наряду со снижением содержания половых гормонов при привычном и угрожающем абортax происходят изменения влагалищного эпителия. До появления клинических признаков аборта у большинства женщин при исследовании мазка отмечают большое количество промежуточных эпителиальных клеток с завернутыми краями, с большим количеством в клетках эпителия «голых ядер», клеточного детрита, в то время как в течение всей нормальной беременности сохраняется навиккулярный тип мазка, с удлинёнными, ладьевидной формы эпителиальными клетками.

При угрожающем аборте у женщины появляются тупые или схваткообразные боли в пояснице, крестце или нижней части живота. В результате схваток происходит нарушение связи одного из краёв ветвистого хориона или плаценты с маткой, что проявляется скудными кровянистыми выделениями из влагалища. При влагалищном исследовании определяется увеличенная матка соответственно сроку задержки менструации с наличием признаков беременности. Если имеются ранние сроки беременности, определяется размягчение в нижнем сегменте матки, выпячивание одного из углов тела матки и другие признаки беременности. Во время схватки матка становится плотнее, причём уплотнение удерживается ещё некоторое время после ощущения женщиной схватки. Шейка матки при угрожающем аборте полностью сохранена, наружный зев закрыт. В этой стадии выкидыша плодное яйцо может продолжать развиваться, и беременность сохраняется. Все манипуляции, в том числе влагалищное исследование, должны проводить бережно, так как они могут служить толчком к усилению сокращений матки и к изгнанию плода. В случае нарастания схваткообразных болей, появления кровянистых выделений из влагалища аборт переходит в стадию начинающегося. Теперь уже оба симптома более выражены и более постоянны. При бимануальном исследовании также определяется увеличенная матка в соответствии со сроком беременности. Шейка матки бывает сохранена, наружный зев закрыт. Но уплотнение матки во время схватки выражено отчетливее, чем при угрожающем выкидыше, и удерживается значительно дольше.

Дальнейшая судьба беременности зависит от того, насколько далеко зашел процесс отслойки плаценты от своего ложа. Если связь плодного яйца нарушена на небольшом участке, то беременность ещё может сохраниться и в дальнейшем развиваться нормально и только в случае сильного кровотечения при начавшемся аборте приходится прибегать к опорожнению матки.

Выкидыш неизбежно наступает, если 1/3 плаценты отделяется от матки, плод гибнет, при этом обычно усиливаются схватки и маточное кровотечение.

При начинающемся, так же как и при угрожающем, аборте нередко удается предупредить дальнейшее развитие отслойки плод-

ного яйца и сохранить, таким образом, беременность, для чего требуется иногда очень длительное лечение. Необходимо беременную женщину поместить в специализированное стационарное отделение или родильный дом, где ей должен быть обеспечен лечебно-охранительный режим. Больная находится в постели до полного прекращения кровотечения и еще не менее недели после его прекращения. Пребывание на свежем воздухе, вдыхание кислорода, нормальный или удлинненный сон — факторы, способствующие сохранению и нормальному развитию беременности. Помимо этого, необходимо поддерживать уверенность женщины в сохранении беременности. Имеются указания в пользу словесного воздействия как в состоянии бодрствования больных, так и в состоянии условнорефлекторного сна. Успех такого лечения вполне возможен, если учесть, что у беременных женщин с признаками угрожающего прерывания беременности имеются функциональные нарушения центральной нервной системы.

Лечение самопроизвольного аборта представляет трудную задачу, которая наиболее выполнима при выявлении и устранении причин, вызывающих эту патологию.

В этой связи большое профилактическое значение имеют нормальные условия физического и особенно полового развития детей, предупреждение инфекций.

Лечение самопроизвольного аборта, особенно привычного, необходимо начинать своевременно, лучше всего сразу по установлению беременности. Беременным с привычными выкидышами должны создавать благоприятные условия отдыха, труда и быта, устранять отрицательные эмоции и чрезмерное физическое напряжение.

Половая жизнь должна быть ограничена, а в дни, соответствующие бывшим менструациям, рекомендуется полное половое воздержание и постельный режим. Одновременно назначают лечение в соответствии с причиной самопроизвольного аборта.

В настоящее время применяют гормональное лечение угрожающего выкидыша. Для этой цели назначают прогестерон или прегнин, которые А. М. Барнагян-Гаджиева предлагает применять по схеме. При сроке беременности 8—10 недель — прогестерон 5 мг, прегнин по 1 таблетке 2—3 раза в день в течение 8—10 дней; при сроке беременности 12—16 недель — прогестерон 5 мг, прегнин по 1 таблетке 3 раза в день в течение 10—12 недель.

Такое применение препарата рекомендуется как в ранние, так и в более поздние сроки (16 недель беременности). Однако общая доза прогестерона на курс лечения не должна превышать 100 мг.

Прогестерон и прегнин назначают в таких прописях:

Rp. Praegnini 0,005
D. t. d. № 30 in tabul.
S. по 1—2 таблетки 3 раза
в день под язык

Rp. Sol. Progesteroni oleosae 0,5%—1,0
D. t. d. № 10 in amp.
S. по 1 ампуле внутримышечно

Необходимо, однако, помнить, что длительное применение прогестерона без учета его содержания в организме может оказать неблагоприятное влияние на течение беременности, жизнеспособность плода, особенно в ранние сроки его развития, и привести к наступлению выкидыша или рассасыванию плодного яйца. Большие дозы прогестерона могут ускорить наступление выкидыша вследствие метаболизма гормона желтого тела (Hamblau).

В случае отсутствия препаратов желтого тела рекомендуется делать внутримышечные инъекции свежей плацентарной крови от здоровых женщин — по 10 мл каждые 7—10 дней до 4-го месяца беременности (И. И. Яковлев). Кровь подбирают соответственно групповой- и резус-принадлежности.

Имеются препараты с пролонгированным действием прогестерона, в частности, окси-прогестерон-капронат обладает таким действием. Его применяют в виде 12,5% масляного раствора по 1—2 мл внутримышечно 1 раз в неделю.

Самопроизвольный аборт у инфантильных женщин связан не только с недостаточностью гормональной функции желтого тела, но и с эстрогенной недостаточностью, поэтому целесообразно применять комплексную гормональную терапию. Для различных сроков беременности Н. С. Розовский рекомендует схему применения гормонов (таблица 1).

Помимо назначения гормонов, с целью снижения возбудимости матки и прекращения сокращения ее мускулатуры и начавшейся отслойки плодного яйца, назначают внутримышечно 5—10 мл 25% раствора сернокислой магнезии.

В случае высокого тонуса матки и длительных болей в животе могут проводить однократные подкожные инъекции по 1 мл раствора промедола или применять свечи с пантопоном.

При лечении угрожающего недонашивания беременности применяются и другие медикаментозные средства. Так, женщины с повышенной возбудимостью нервной системы назначают микстуру из 1—2% раствора бромистого натрия с добавлением валерианы, внутривенные инъекции 10% раствора бромистого натрия через день, чередуя с внутривенными инъекциями 20 мл 40% раствора глюкозы и подкожными инъекциями 10% раствора бензойно-натриевой соли кофеина 2 раза в день в течение 2—3 недель.

В лечении угрожающего выкидыша большое значение имеет применение витаминов А, В, С, Д. Недостаток витаминов группы В сопровождается чувством онемения пальцев, парестезией, судорожными сокращениями икроножных мышц, сухостью кожи на голенях, стопах, гиперкератозом на коленях и локтях. Зимой и особенно весной целесообразно назначать витамин С в виде аскорбиновой кислоты по 0,05 г 3 раза в день. Для той же цели полезны настои шиповника, свежие фрукты, ягоды и овощи.

При лечении угрожающего выкидыша довольно широко применяют витамин Е. Он усиливает продукцию желтого тела, активи-

Таблица 1

Комплексная гормональная терапия при угрожающем, начинающемся и привычном выкидыше (по Н. С. Розовскому)

№ схемы	Показания	Сроки беременности в неделях	Эстрогены ежедневно в мг	Прогестерон ежедневно в мг	Хорионгонин в МЕ	Сколько раз в неделю
Первая (можно в амбулаторных условиях)	Явления угрожающего выкидыша; привычный выкидыш и генитальный инфантилизм; привычные выкидыши	До 8 9—12 13—16	0,5 2 5	5 10 а) 15 или б) 5 и 1 раз в неделю 17-оксипрогестерон-капронат 1 мл 5	500 500 500	2 3 2
Вторая (в стационаре)	Нарастание явлений угрожающего выкидыша, несмотря на применение в течение 7—10 дней схемы № 1	До 8 9—12	1 3	10 См. схему № 1 в сроки 13—16 недель	500 1500	3 3
Третья (в стационаре)	Начинающийся выкидыш, увеличение кардиопикнитического индекса до 40% и больше; снижение прегнандиола ниже 5 мг; низкий гонадотропин в сроки 8—12 недель беременности; низкий эстриол в сроки 12 недель и позже	13—16 17—18	7 2	а) 20 или б) 10—1 раз в неделю 17-оксипрогестерон-капронат 1 мл 10	500 500	3 2

визирует процессы клеточного деления, чем способствует нормальному развитию зародыша.

Для лечения самопроизвольного аборта предложены физиотерапевтические методы. Так, Л. А. Решетова предлагает применять диатермию солнечного нервного сплетения и околопочечной области. При таком лечении наблюдаются рефлекторное расширение сосудистого русла матки, ослабление сокращений и снижение тонуса матки. М. А. Гребенюк рекомендует проводить ионофорез с 1% раствором новокаина, с расположением активного электрода над лобком, индифферентного — в области правого подреберья, сила тока 0,5—1 мА, продолжительность сеанса — до 20 минут, курс лечения состоит из 2—10 сеансов.

Для остановки кровотечения при угрожающем и начинающемся аборте не следует назначать кровоостанавливающих маточных средств (питуитрин, спорынья, эрготин, стиптицин). Противопоказано также применение атропина и свечей с белладонной, так как они вызывают паралич парасимпатических нервов и способствуют раскрытию шейки матки. И совершенно недопустимо применение термических раздражителей (грелка или пузырь со льдом), усиливающих сокращения маточной мускулатуры.

Лечение беременных с угрожающим и начинающимся выкидышем требует очень серьезного анализа причин аборта в каждом отдельном случае. Следует учитывать возможность таких хронических инфекций, как токсоплазмоз и листереллез.

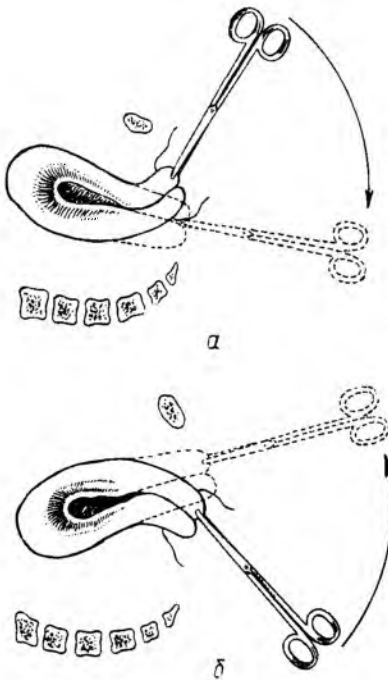
Если предпринятое лечение не дает эффекта, кровотечение и боли не только продолжаются, но и становятся более интенсивными, надежда на сохранение беременности уменьшается, в дальнейшем наступает отслойка плодного яйца от стенок матки, кровотечение усиливается.

О сохранении беременности при неполном аборте не может быть и речи. Необходимо произвести удаление остатков плодного яйца, что должно совершаться возможно раньше и бережнее. Своевременное опорожнение матки уменьшает опасность больших кровотечений, а также распространения инфекции.

При обильном кровотечении удаление оставшихся частей плодного яйца должно быть произведено в срочном порядке, что можно сделать с помощью имеющихся для этой цели инструментов либо пальцевым опорожением матки.

Наибольшее распространение получил инструментальный метод, который применяют до трех месяцев беременности. При неполном выкидыше канал шейки матки открыт, поэтому в большинстве случаев отпадает необходимость применения расширителей Гегара и производства обезболивания, ибо расширение канала шейки матки — наиболее болезненная часть операции. При недостаточной степени раскрытия можно применить расширение канала с помощью металлических расширителей. Операцию производят в асептических условиях. С помощью зеркал обнажают влагалищную часть шей-

Рис. 84. Способ выпрямления матки:
 а — при антефлексии (схема); б — при
 ретрофлексии (схема).



ки матки, переднюю губу захватывают пулевými щипцами и подтягивают кверху при ретрофлексии матки и книзу — при антефлексии (рис. 84). Этим достигают выпрямления канала матки, сглаживания угла между телом и шейкой. Затем производят зондирование матки, что дает возможность выяснить направление канала и тела матки, ее форму. Многие воздерживаются от зондирования, полагая, что при этой манипуляции можно перфорировать матку.

Для удаления остатков плодного яйца из полости матки желательно пользоваться тупыми кюретками больших размеров (№ 5—6), только по мере сокращения матки брать меньше кюретки,

сместившиеся в нижнюю часть полости матки части плода можно удалять с помощью абортцанга или геморроидальных щипцов, что следует делать очень осторожно.

В случае если щипцы с захваченной тканью пружинят и не выходят из матки, необходимо прекратить извлечение, отделить кюреткой плодное яйцо от стенок матки и после этого в крайнем случае вновь применить щипцы. Следует помнить, что щипцами можно захватывать только части плодного яйца, свободно лежащие в полости матки. Выскабливание слизистой оболочки полости матки в области трубных углов должно быть особенно осторожным и бережным. Слишком энергичное выскабливание слизистой оболочки матки в области устьев фаллопиевых труб может привести к облитерации маточных труб. По данным Е. П. Майзель, такая «проверка» углов матки является одной из причин бесплодия после аборта. К такому же осложнению ведет смазывание раневой поверхности стенок матки тампоном с раствором йода, что нарушает процесс регенерации слизистой оболочки матки.

Особенно большие затруднения встречаются при лечении больных с выкидышами поздних сроков. В таких случаях следует стремиться к изгнанию плода через естественные родовые пути. Однако нередко после отхождения околоплодных вод сокращения матки (схватки) не наступает, выкидыш осложняется инфекцией.

Естественно, что тогда назначают сульфаниламидные препараты и антибиотики с целью профилактики общего генерализованного сепсиса. Несмотря на это, до тех пор пока плод и плацента находятся в матке, всегда имеется большая опасность развития тяжелого сепсиса. Вот почему основная задача должна сводиться к опорожнению матки, что можно достигнуть назначением средств, усиливающих сокращения матки, и оперативными пособиями. Принято начинать с более простых манипуляций и по мере надобности переходить к более сложным.

Для стимуляции родовых схваток обычно назначают хинин по 0,15—0,2 г через каждые 30 минут, всего 4—5 раз в чередовании с небольшими дозами питуитрина по 0,2 мл до 5 раз. Во многих случаях это приводит к усилению схваток и плод изгоняется.

В случае безуспешности медикаментозной стимуляции и наличия показаний необходимо произвести бережное искусственное удаление плода с последом. Для этой цели можно расширять бурами канал шейки матки, до № 20—25 расширителей, затем подлежащую часть плода захватывают двузубчатыми пулевыми щипцами, к которым привешивают груз в 250—300 г. При тазовом предлежании плода полезно захватить ножку и на нее также подвесить груз. Это обычно приводит к усилению изгнания плода.

В отдельных случаях для усиления схваток можно провести операцию метрейриза.

Задержавшееся в матке детское место или его остатки удаляют с помощью инструментов или пальцевым способом.

Пальцевое опорожнение матки возможно при раскрытии шейки матки, позволяющем войти в полость матки. Оно чревато возможностью занесения инфекции из влагалища в полость матки и является болезненным. Последнее понятно, если учесть ход операции. После тщательной обработки рук и наружных половых органов указательный палец вводят в полость матки, другая рука через брюшную стенку охватывает матку и надавливает ее книзу — навстречу пальцу, находящемуся в матке. Бережно отделяют пальцем плодное яйцо, постепенно выталкивая его части из матки, плацентарная площадка ощущается в виде шероховатой поверхности.

В ряде случаев из-за рефлекторного напряжения передней брюшной стенки не удается без наркоза произвести пальцевое опорожнение матки.

В настоящее время пальцевой метод опорожнения матки редко применяют. Он может быть использован при поздних выкидышах с наличием сильного кровотечения и особенно при инфицированных выкидышах, требующих неотложной помощи.

Нередко в связи с абортом у женщин развивается анемия, поэтому переливание крови сразу после остановки кровотечения и в последующие дни лечения является очень ценным и необходимым. Для профилактики инфекции целесообразно всем женщинам, перенесшим неполный аборт, назначать сульфаниламиды.

При полном аборте происходит изгнание из полости матки всего плодного яйца, кровотечение прекращается, матка уменьшается в размерах и уплотняется. Шеечный канал закрывается. Тем не менее полный аборт, особенно в первые два месяца, распознать трудно, даже осмотр плодного яйца не облегчает диагноз. Часто задерживается отделение децидуальной оболочки, что поддерживает длительные кровянистые выделения.

Исходя из этого, следует во всех случаях полного аборта в раннем сроке производить выскабливание слизистой оболочки полости матки. При поздних полных абортах нет необходимости в каждом случае прибегать к инструментальному обследованию полости матки. Однако оно обязательно в случаях, когда аборт произошел вне лечебного учреждения, когда кровотечение продолжается, матка плохо сокращается и канал проходим без расширения.

Что касается лечения несостоявшегося выкидыша, то большинство авторов придерживаются тактики удаления погибшего плодного яйца из полости матки. При величине матки, соответствующей не более 12-недельной беременности, это производят инструментальным путем с помощью кюретки или вакуум-аппарата, используя описанные методы обезболивания.

Необходимо помнить, что операция удаления погибшего плодного яйца значительно чаще осложняется кровотечением. Последнее иногда стоит в зависимости от гипо- и афибриногенемии, чаще встречающейся именно при гибели плодного яйца внутриутробно. Поэтому, прежде чем приступить к удалению плодного яйца, необходимо определить группу и Rh-принадлежность крови женщины; заготовить кровь, хорошо иметь свежеситратную кровь, фибриноген, эpsilon-аминокапроновую кислоту.

В случаях несостоявшегося аборта, когда величина матки превышает срок 12-недельной беременности, одномоментное удаление плодного яйца является опасной операцией и обычно не используется. В таких случаях чаще всего используют методы возбуждения родовой деятельности матки, известные в акушерской практике. Мы рекомендуем также перед назначением сокращающих средств создать витаминный фон назначением галаскорбина по 1 г 3 раза в день, за 30 минут до еды, в течение 6—7 дней. Галаскорбин увеличивает сократительную способность матки и ее чувствительность к окситотическим веществам, поэтому последующее назначение их является более эффективным.

Для возбуждения родовой деятельности можно использовать метрейринтер, который вводят в полость матки на 6—8 часов.

После рождения или удаления плода иногда прибегают к инструментальному удалению последа. Ревизию матки кюреткой можно рекомендовать также в случаях самопроизвольного рождения последа при сомнении в его целостности.

К р и м и н а л ь н ы й а б о р т. Всякий выкидыш, который производится вне лечебного учреждения либо без соблюдения надле-

жащих правил, называют криминальным, или незаконным, аборт, который в Советском Союзе карается законом. После отмены запрещения искусственного прерывания беременности количество криминальных выкидышей резко уменьшилось. Однако они бывают по ряду причин. Нередко это связано с поздней диагностикой беременности и отказом в аборте позже 12 недель беременности, в отказе в аборте ранее чем через 6 месяцев после произведенного аборта, а также с неосведомленностью женщин об опасности такого аборта и желании скрыть его от окружающих.

При опросе больных выясняется, что криминальные выкидыши производят различными способами: нарушением плодного пузыря твердыми предметами и инструментами, введением в полость матки мыльного раствора, раствора йода, спирта, приемом внутрь различных средств. Криминальный выкидыш опасен многими тяжелыми осложнениями: повреждением матки и соседних органов, попаданием инородных тел в мочевой пузырь, в брюшную полость, в матку, развитием воспалительного процесса в матке и придатках, брюшине, а также развитием общего сепсиса.

Клиническое течение криминального и самопроизвольного аборта может протекать при общих симптомах, и потому установить вмешательство часто бывает трудно, тем более что в большинстве случаев женщины упорно отрицают вмешательство. Для выяснения причин выкидыша важно расспросить о времени начала кровотечения, рождения плодного яйца, состоянии больной, ее температуре. Если больная с выкидышем долго не обращалась за помощью в медицинское учреждение, следует думать о криминальном характере аборта.

Факт криминального аборта является достоверным, если в половых путях находят инородные тела, следы пулевых щипцов, ожоги от йода и другие повреждения шейки матки и влагалища.

Чаще всего при криминальном вмешательстве развивается картина инфицированного аборта. Признаками такого аборта являются ознобы, повышение температуры и резкое учащение пульса, не соответствующее температуре, гнойные, зловонные выделения, отхождение распадающихся частей плодного яйца. При влагалищном исследовании определяется болезненность матки, брюшины, болезненность придатков, инфильтраты в околоматочной клетчатке, нередко и выпоты. Общее состояние во многом зависит от степени распространения инфекции, вирулентности микробной флоры и реактивности организма женщины. При ограничении инфекции в пределах матки воспаление не принимает тяжелой формы. Однако при криминальных выкидышах это бывает крайне редко. Разрушенные кровоизлиянием части плодного яйца и некротические участки слизистой оболочки матки являются хорошей питательной средой для микроорганизмов. Последние в большинстве случаев распределяются по межворсинчатым пространствам, откуда легко попадают в венозные синусы и уносятся в кровяное русло. Следует иметь

в виду, что это может произойти при закрытом маточном зеве, при целом плодном пузыре.

В далеко зашедших случаях воспаления при лихорадящем и септическом выкидыше у больной стойко держится высокая температура, часто повторяются ознобы, учащается пульс и дыхание, ускоряется РОЭ, нарастает лейкоцитоз с нейтрофилезом. По мере ухудшения состояния больной падает количество гемоглобина, наступает резкое падение лимфоцитов, исчезают эозинофилы. При бимануальном исследовании обнаруживаются значительные изменения в придатках матки, брюшине и параметральной клетчатке. Наступают скопления воспалительного экссудата, придатки увеличиваются. Однако нередко общий сепсис развивается при отсутствии видимых местных изменений в половых органах.

Лечение инфицированного выкидыша представляет собой сложную и ответственную задачу. В настоящее время не потеряли силы положения, разработанные Пленумом Совета родовспоможения Наркомздрава РСФСР в 1944 г:

«а) неосложненный лихорадящий выкидыш подлежит выжидательно-консервативной терапии. После 2—3 дней нормальной или субфебрильной температуры при отсутствии признаков перехода инфекции за пределы матки допускается применение оперативного опорожнения матки;

б) лихорадящий выкидыш, осложненный воспалительным процессом в тканях, окружающих матку, и септический подлежит консервативному лечению;

в) всякое внутриматочное вмешательство является противопоказанным, если нет безусловно опасных для женщины кровотечений. Угрожающие жизни кровотечения или повторные, обескровливающие больную кровотечения являются показанием к выскабливанию при инфицированном выкидыше».

Во всех случаях инфицированного выкидыша должны проводиться лечение, направленное на ликвидацию местного воспаления и предупреждение дальнейшего распространения инфекции: строгий постельный режим, сульфаниламиды, антибиотики, витамины, подкожные и внутривенные вливания физиологического раствора и 5% глюкозы, переливание крови и другие виды общеукрепляющего лечения.

До полного опорожнения матки в целях создания покоя органам малого таза желателен воздержаться от назначения холода и сокращающих матку средств.

При наличии кровотечения решение об удалении плодного яйца или его остатков принимается в зависимости от интенсивности кровотечения. При потере крови 300—400 мл, особенно в быстром темпе, со сгустками, без склонности к прекращению следует произвести бережное удаление остатков плодного яйца. То же придется предпринять, если имеются умеренные, но длительные кровотечения, приводящие больную к обескровливанию.

Следует напомнить, что операция выскабливания в таких случаях должна быть чрезвычайно бережной. Матку не следует подтягивать пулевыми щипцами, а движения кюреткой должны быть бережными. После выскабливания женщине назначают лед на низ живота, продолжается введение антибиотиков в достаточных дозах и в допустимых сочетаниях. Назначение пенициллина может сочетаться со стрептомицином и биомицином, тетрациклином и тетрациклином. В настоящее время при лечении инфицированного выкидыша используются антибиотики широкого спектра действия. К ним относятся мицерин, олеандомицин, олеотетрин, сигмомицин и другие медикаментозные средства.

Следует иметь в виду, что назначение антибиотиков лучше всего проводить с учетом чувствительности микробной флоры к ним. Для исследования микрофлоры необходимо брать отделяемое из шейечного канала и полости матки.

Лечение антибиотиками должно быть непрерывным, и если в течение 4—5 дней нет эффекта от данного антибиотика, надо заменить его другим. Помимо лечения антибиотиками угрожающего и начинающегося инфицированного выкидыша важен покой, а также полезно применить аутогемотерапию и хлористый кальций.

Исключительные затруднения встречаются в случае осложнения аборта в поздние сроки — в 20—25 недель. Такой выкидыш часто осложняется инфекцией не только в результате криминального аборта, но и при искусственном медицинском аборте в стационаре. В подобных условиях раскрытие зева шейки протекает медленно, что препятствует опорожнению матки, даже при наличии жизненных показаний. Приходится ограничиваться медикаментозной стимуляцией схваток. Нередко накладывают на предлежащую часть плода кожно-головные шипцы, по Иванову, после чего наступают схватки и происходит рождение плода и последа. В случае если послед задерживается в матке, его удаляют пальцевым или инструментальным способом. В случае задержки последа при тяжелом состоянии больной (высокая температура, частый пульс, гнойные выделения, появление налетов на поврежденных участках слизистой оболочки шейки и влагалища, болезненность при пальпации тазовых органов) следует временно воздержаться от удаления последа. Необходимо внутривенное введение антибиотиков дополнить раствором (физиологический раствор, хлористый натрий, глюкоза с аскорбиновой кислотой). При тяжелых септических абортах антибиотики можно вводить внутривенно, проводят комплексную терапию, как при сепсисе. Кроме перечисленных лечебных средств проводят серо- и вакцинотерапию. При этом особое внимание уделяют повышению сопротивляемости организма, полноценному питанию, переливанию крови, плазмы, кровезаменителей, витаминотерапии.

Особенно тяжелое течение аборта бывает при анаэробной инфекции. У больных удерживается стойкая высокая температура, частый пульс, появляется желтушное окрашивание склер и твердо-

го неба, кожа бледно-серо-шафранно-желтого цвета, резкое уменьшение диуреза, белок в моче, коричневый цвет ее. Нередко появляется резкое возбуждение.

При исследовании крови выявляется низкое количество гемоглобина, лейкоцитоз до 40 000 с нейтрофилезом и нейтрофильным сдвигом, с отсутствием эозинофилов, с резкой лимфопенией. Сыворотка крови окрашивается в красный или коричневый цвет. При таких состояниях используют максимальные дозы антибиотиков, подкожные вливания физиологического раствора, хлористого кальция. Глюкозу не рекомендуют, так как она является хорошей питательной средой для анаэробных микробов (С. Г. Хаскин).

Важно распознать анаэробную инфекцию и рано применить специфические сыворотки, которые вводят по Безредко.

В тяжелых случаях газовой инфекции обменные переливания крови приносят пользу, их можно проводить во всех лечебных учреждениях. Сыворотки вводят медленно, в подогретом виде.

Криминальный аборт может осложниться острой почечной недостаточностью, которая потребует операции гемодиализа. Это проводят в учреждениях, оснащенных специальной аппаратурой, куда необходимо своевременно госпитализировать больных.

При тяжелых септических осложнениях выкидыша позднего срока, в особенности когда не удастся без труда удалить плод, показана операция — ампутация матки вместе с плодом, как вынужденная операция удаления источника инфекции.

ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В ПОЗДНИЕ СРОКИ

Прерывание беременности в любые сроки неблагоприятно отражается на состоянии здоровья женщины. В то же время встречаются заболевания, при которых беременность и роды становятся опасными. В подобных случаях приходится прерывать беременность независимо от ее срока.

При обсуждении вопроса о показаниях и противопоказаниях для прерывания беременности в поздние сроки редко возникают разногласия, в отношении же способа прерывания беременности часто бывают различные мнения.

Согласно существующим инструкциям Минздрава СССР, при любом сроке беременности разрешается ее прерывать, если продолжение беременности угрожает здоровью женщины, что часто бывает при многих заболеваниях. К ним относятся: эндокардиты, поражения мышцы и клапанов сердца, тяжелая форма гипертонии, токсикозы беременности, не поддающиеся лечению, злокачественное малокровие и лейкозы; заболевания желудочно-кишечного тракта — язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, желчнокаменная болезнь и обостряющиеся холециститы; заболевания глаз — глаукома, отслойка сетчатки.

Ряд таких заболеваний, как семейная глухота, психозы матери или отца, также могут служить показанием для прерывания беременности в любые ее сроки.

Здесь перечислены далеко не все заболевания, при которых допустимо прерывание беременности в поздние сроки, а лишь приведены наиболее частые из них.

При решении вопроса о прерывании беременности в поздние сроки должны принимать участие терапевты, акушеры-гинекологи, а также врачи соответствующих специальностей, в компетенцию которых входит лечение основного заболевания беременной.

Особенно строго необходимо отнестись к прерыванию первой беременности, после которой нередко бывает воспаление матки с придатками и бесплодие.

Решая вопросы о показаниях и противопоказаниях к аборт, необходимо избирать более подходящие способы прерывания беременности в поздние сроки для каждой больной.

В литературе упоминается более 150 способов искусственного прерывания беременности в поздние сроки. Однако в настоящее время получают признание лишь немногие из них: вскрытие плодного пузыря, малое брюшностеночное сечение, влагалищное кесарево сечение, заоболочечное введение жидкостей в полость матки и метрейриз. Каждый способ имеет свои преимущества и недостатки.

Остановимся кратко на каждом из указанных способов.

Вскрытие плодного пузыря — это наиболее простой способ, который почти не имеет противопоказаний. При хорошей сократительной способности матки выкидыш наступает вскоре после вскрытия плодного пузыря. Однако во многих случаях после прокола плодных оболочек не бывает хороших родовых схваток, изгнание плода затягивается надолго или вовсе не происходит, аборт осложняется инфекцией.

С целью повышения возбудимости матки и усиления ее сократительной деятельности за 1—2 дня до вскрытия плодного пузыря следует назначать хинин с питуитрином дробными дозами, создавая предварительно фолликулиновый эстрогенный фон.

Следует учитывать, что в более поздние сроки беременности матка активнее реагирует на медикаментозную стимуляцию и быстрее наступает выкидыш. Изгнание плода после разрыва плодных оболочек обычно проходит по типу родов; сглаживается шейка матки, раскрывается зев, и при потугах плод изгоняется. Нередко весь указанный процесс проходит в течение суток. Опыт показывает, что при 15—17-недельной беременности прервать ее консервативными способами — проколом оболочек, метрейризом очень трудно, так как в эти сроки матка плохо возбудима, изгнание плода затягивается. Поэтому лучше по возможности отсрочить прерывание беременности до 20—22-недельного срока, когда матка становится более возбудимой, легче наступает выкидыш.

Следует иметь в виду, что иногда после прокола плодного пузыря сокращения матки малозаметны, но они бывают во всех случаях, при этом наступает сглаживание шейки матки и открытие зева до такой степени, что становится возможным пальцами, а еще лучше инструментами захватить подлежащую часть плода — головку или ножку. После такого захватывания подлежащей части абортангом или окончатными щипцами к ним подвешивают небольшой груз, в 250—300 г, и тем самым усиливаются родовые схватки, плод изгоняется. Нередко в течение суток открытие зева достигает такой степени, что становится возможным извлечь плод целиком либо по частям после его расчленения. Нередко такую возможность извлечения плода пропускают, тогда наступает спастическое сокращение нижнего сегмента матки, зев закрывается и выкидыш затягивается.

После прокола плодного пузыря исподволь нарастающие сокращения матки приводят к постепенной отслойке плаценты, при этом, несмотря на наличие плода в матке, кровотечения обычно не быва-

ет. Это можно объяснить достаточными сокращениями матки по мере постепенной отслойки плаценты. В подобных случаях кровотечения не бывает и после удаления плода с последом.

Разрыв плодных оболочек не представляет затруднений. Женщина укладывается на гинекологическое кресло, после дезинфекции наружных половых органов и влагалища шейку обнажают зеркалами. Затем ее захватывают двумя пулевыми щипцами, канал шейки расширяют бужами (до № 15—18), в полость матки вводят однозубчатые пулевые щипцы, раскрывая и закрывая которые, обычно разрывают плодные оболочки. Иногда делают ошибочную попытку разорвать пальцами оболочки, которые легко уходят вверх от пальца.

Преимущество прерывания беременности в поздние сроки разрывом плодных оболочек заключается прежде всего в простоте самой операции, которую без труда можно проводить без наркоза во всех медицинских учреждениях. Этот способ незаменим у тяжелых больных, когда более сложные вмешательства опасны для жизни, либо могут повести к ухудшению и без того тяжелого состояния больной.

Серьезное возражение против прерывания беременности вскрытием околоплодных вод выдвигают многие акушеры; его обосновывают тем, что после разрыва плодного пузыря выкидыш затягивается, причем он часто осложняется инфекцией. Для предупреждения этого необходимо назначать сульфаниламидные препараты и антибиотики, а главное, не пропустить момента, когда создается возможность приступить к извлечению плода, не ожидая самопроизвольного изгнания. Во многих случаях сокращения матки достаточны для подготовки родовых путей и недостаточны для изгнания плода. Тогда-то и необходимо прийти на помощь.

Учитывая простоту техники разрыва плодного пузыря для прерывания беременности в поздние сроки, эту операцию не должны исключать, в особенности у тяжелобольных.

Прерывание беременности в сроки, позже 13—14 недель, бывает связано в большими трудностями. Каким бы заманчивым ни казалось одномоментное инструментальное удаление плода с последом после искусственного расширения канала шейки матки, оно может оказаться роковым. При расширении зева и извлечения плода могут быть нанесены повреждения: перфорация матки, разрыв шейки матки и мочевого пузыря, стенок влагалища.

Не менее опасны кровотечения при одномоментном удалении плода. Поэтому одномоментное удаление плода — искусственный аборт в сроки свыше 13—14 недель беременности, следует считать грубейшей ошибкой.

Влагалищное кесарево сечение рекомендуют многие акушеры для прерывания беременности в поздние сроки. Преимущество его состоит в том, что во время операции, не вскрывая брюшную полость, плод с последом легко извлекают из матки.

Приводим описание этой операции в модификации Ю. А. Лейбчика. Зеркалами обнажают шейку матки, захватывают ее двумя пулевыми щипцами и потягивают книзу. В клетчатку через задние боковые своды вводят по 50 мл 0,25% раствора новокаина, а также делают обезболивание передней стенки влагалища. Затем производят расширение шеечного канала бужами до № 12 по Гегару и последний расширитель оставляют в канале шейки. В области переднего свода влагалища делают дугообразный разрез слизистой, затем в предпузырную клетчатку, между мочевым пузырем и шейкой матки, вводят раствор новокаина. Мочевой пузырь тупым путем отодвигают кверху, обнажают блестящую брюшинную пузырно-маточную складку, которую смещают вверх подъемником. Переднюю стенку шейки матки рассекают скальпелем на расширителе по средней линии, отступя 2 см от наружного зева шейки матки. Затем расширитель извлекают, разрез удлиняют ножницами выше внутреннего зева на область нижнего сегмента до таких размеров, чтобы через раневое отверстие можно было ввести 2 пальца (рис. 85).

Выпячивающийся плодный пузырь в ране вскрывают, зеркало и пулевые щипцы удаляют. В матку вводят 2 пальца и захватывают ножку, поддерживая второй рукой дно матки через переднюю брюшную стенку. Иногда плод захватывают абортцангом и медленно извлекают. Головку лучше перфорировать, после чего удаляют плод и послед. Затем большой тупой кюреткой удаляют остатки плодного яйца с частью децидуальной оболочки.

Рану шейки матки ушивают, начиная с верхнего угла, узловатыми кетгутowymi швами. Мочевой пузырь подшивают несколькими швами кетгута к шейке, а рану слизистой оболочки влагалища ушивают непрерывным кетгутowym швом.

Таким способом возможно прервать беременность в сроки до 5 месяцев. При больших сроках беременности можно произвести операцию, при которой рассекают всю переднюю стенку шейки и нижний сегмент и тем самым увеличивают доступ к плодному яйцу.

При всей простоте описания операции она не лишена отрицательных моментов. После рассечения шейки матки может оставаться рубцовая деформация, в особенности при вторичном заживлении раны.

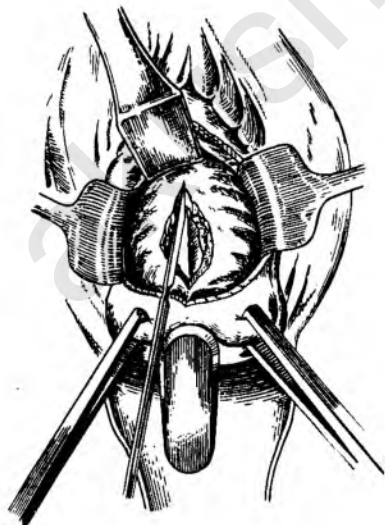


Рис. 85. Влагалищное кесарево сечение по Ю. А. Лейбчику. Рассечение шейки.

Из повседневной практики видно, что травматические повреждения шейки матки обычно неблагоприятно влияют на многие функции половых органов, в том числе могут служить причиной бесплодия, нарушений функции яичников, что сопровождается беспорядочными кровотечениями, на месте измененной шейки матки постоянно поддерживается воспалительный процесс. Сравнительная сложность техники операции, возможность ранения мочевого пузыря — причина того, что к этой операции относятся сдержанно.

В нашей клинике предпочтение отдают малому абдоминальному кесареву сечению, а при необходимости извлечения плода через канал шейки матки — некровавому расширению зева шейки матки.

Малое кесарево сечение для прерывания беременности в поздние сроки применяют очень многие акушеры. Преимущества этой операции состоят в том, что матка быстро опорожняется, весьма невелика опасность кровотечения.

Вся операция выполняется при хорошей видимости раны, тем самым исключается возможность ранения мочевого пузыря и стенок матки.

Во всех случаях, когда желательна стерилизация женщины, нами отдается предпочтение малому кесареву сечению.

Операцию можно проводить под местной новокаиновой анестезией, при этом кожу, клетчатку и апоневроз рассекают небольшим полулунным (поперечным) разрезом, отступая на 1—1,5 см от лона. Брюшину разрезают по белой линии в продольном направлении. Рану раздвигают крючками. После разреза пузырно-влагалищной складки брюшину, мочевой пузырь спускают несколько книзу и продольно разрезают переднюю стенку матки на месте обнаженной брюшины.

Плод с последом извлекают, полость матки проверяют тупой кюреткой и рану зашивают послойно, так как это принято делать вообще при кесаревом сечении.

Эту операцию сравнительно легко переносят тяжелые больные, у которых применение других способов прерывания беременности может вызвать осложнения. Возражением против этой операции служит возможность спаечного процесса и других осложнений, присущих чревосечению. Наши наблюдения показывают, что боязнь указанных осложнений явно преувеличивается. Нам не приходилось наблюдать каких-либо тяжелых осложнений после этой простой операции.

Прерывание беременности в поздние сроки введением жидкостей в матку, за оболочки плода имеет преимущество перед кровавыми операциями по простоте и доступности его выполнения в любых условиях.

Этот способ был известен давно: еще — Авиценна в 1595 г. предложил специальный инструмент для введения жидкости в матку с целью прерывания беременности.

Для этой цели акушерами испытан ряд жидкостей: хлористый натрий, дистиллированная и дегтярная вода, раствор риваноля и др.

В настоящее время применяют исключительно растворы риваноля в больших разведениях 1 : 2000, 1 : 5000, которые являются хорошим антисептическим средством.

В опытах *in vitro*, в экспериментах на животных и в клинической практике выявлены антисептические свойства риваноля, что послужило основанием для его применения с целью прерывания беременности в поздние сроки.

Действие раствора риваноля проявляется как за счет механического растяжения матки, так и за счет раздражения хеморецепторов слизистой матки.

Введение раствора риваноля в полость матки за оболочки обычно не представляет трудностей. Больную укладывают на гинекологическое кресло, половые органы орошают дезинфицирующей жидкостью, во влагалище вводят зеркала, шейку матки протирают марлевой салфеткой со спиртом, через канал шейки вводят мягкий резиновый катетер, приблизительно на длину полости матки, затем несколько протягивают книзу и через катетер шприцом Жане вводят раствор риваноля в матку. Катетер обычно проходит без особого препятствия за плодные оболочки, отслаивая их от стенки матки только на своем пути, что обычно не сопровождается кровотечением. Если же появится кровянистая жидкость из катетера или из канала шейки матки, значит, на пути продвижения катетера находится плацента. В таком случае следует извлечь катетер и в дальнейшем отказаться от введения жидкости в матку. Иногда бывает так, что по мере введения жидкости в матку она вытекает мимо катетера через шеечный канал. Это указывает на то, что катетер вернулся в матку и его конец находится вблизи канала шейки матки. В этом случае следует извлечь катетер и попытаться ввести его повторно.

В случае если и после этого жидкость не удерживается в матке, от этого способа прерывания беременности следует отказаться и избрать другой способ (вскрытие плодного пузыря, кольпейриз, малое кесарево сечение).

Для возбуждения сокращений матки вводят различные количества жидкости в зависимости от срока беременности. Одно время были попытки вызвать выкидыш малыми дозами жидкостей, по 30—50 мл, но этого оказывалось недостаточно. Имеются сообщения о повторных введениях жидкости в матку до 25—28 раз, и тем не менее плод не изгонялся. Следовательно, с одной стороны, введение в матку небольшого количества жидкости с целью прерывания беременности в поздние сроки не достигает цели, с другой стороны, чрезмерное переполнение матки жидкостью может сопровождаться резким растяжением матки с выраженным развитием болевого синдрома.

Кроме того, при чрезмерном наполнении матки жидкость через трубы попадает в брюшную полость и также вызывает резкий болевой синдром. Беременная отмечает резкие боли в животе, часто отдающие в ключицу, бледнеет, пульс учащается, появляется тошнота и рвота. Подобные состояния могут наступать даже после введения сравнительно небольшого количества жидкости (200—300 мл).

Во избежание этого осложнения, жидкость (раствор риваноля) должны вводить медленно, разные количества, в зависимости от срока беременности (не более 600—700 мл). При беременности 20—22 недели достаточно ввести 450—500 мл жидкости, чтобы вызвать возбуждения родовых схваток. После введения жидкости в матку больные должны находиться в постели, обычно в течение суток наступает изгнание плода.

Если в течение суток после введения риваноля схватки не появляются, можно ввести раствор повторно, в несколько большем количестве, после чего обычно наступает выкидыш.

В случае если после двухкратного введения риваноля в матку выкидыш не совершится, от дальнейшего введения жидкости следует воздержаться; выкидыш может произойти в течение 2—3 суток без всяких дополнительных вмешательств.

При длительной задержке плода в матке (что бывает сравнительно редко) применяют дополнительные оперативные пособия для извлечения плода.

Возражением против введения жидкостей в матку за оболочки плода могут быть многие мотивы: попадание жидкости в брюшную полость, отслойка плаценты, сопровождающаяся маточным кровотечением, возможность интоксикации, длительное течение выкидыша (в среднем 34 часа), необходимость применения дополнительных оперативных вмешательств.

При всей простоте выполнения этого способа прерывания беременности его следует считать лишь методом выбора.

Введение раствора риваноля в матку за оболочки плода можно рекомендовать для прерывания беременности поздних (18—27 недель) сроков при отсутствии поражения паренхиматозных органов.

Этот способ применяется нами у больных с психическими заболеваниями. Его не должны применять при заболеваниях печени и почек, а также при болезнях крови.

Среди способов прерывания беременности в поздние сроки заслуживает внимания возбуждение сократительной деятельности матки метрейризом.

Для указанной цели метрейринтер начали применять с конца прошлого столетия, его рекомендуют многие акушеры (О. С. Парсамов, К. Н. Жмакин, И. Ф. Жордания, И. И. Яковлев, Л. Д. Заяц, Петер и др.).

Изучая многие способы прерывания беременности поздних сроков, А. С. Соловьев пришел к выводу, что раскрытие зева шейки

матки наиболее близкое к физиологическому наступает при метрейризе.

По наблюдениям Л. Д. Заяц, применение хинина, питуитрина и других стимулирующих средств во время метрейриза усиливает сокращения матки. По Л. Д. Заяц, метрейриз занимает промежуточное положение между хирургическими и консервативными методами прерывания беременности, при нем уменьшается время изгнания плода более чем в два раза по сравнению с консервативными методами. Для возбуждения сокращений матки при несостоявшемся выкидыше (missed abortion) метрейриз оказывается исключительно полезным.

В случае длительной задержки плода в матке после заоболочечного введения раствора риваноля нами с успехом проводится метрейриз.

Для прерывания беременности в сроки 18—28 недель метрейриз обычно находит применение у больных, имеющих противопоказания для введения раствора риваноля в матку: нарушение сердечно-сосудистой деятельности при пороках сердца, больные с заболеваниями печени и желчных путей, с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких.

Для введения метрейринтера в матку канал шейки матки раскрывают с помощью расширителей, затем метрейринтер вводят в матку и наполняют жидкостью по типу сообщающихся сосудов. По-нашему, лучше пользоваться трубчатым метрейринтером, описание которого и методика пользования имеются в разделе «Неправильное положение и предлежание плода».

На введение метрейринтера в матку реакция обычно появляется быстро, по нашим наблюдениям, в течение 15—30 минут развиваются сокращения матки, которые часто продолжаются и после извлечения метрейринтера из матки, до наступления выкидыша.

Оставлять метрейринтер в матке дольше 12 часов нет необходимости: схватки с достаточной силой развиваются в это время и обычно не прекращаются после извлечения баллона.

При активных сокращениях матки плод изгоняется, либо создаются условия для инструментального его удаления или извлечения за ножку.

В случае спастического сокращения зева шейки матки необходимо дать больной отдых, ввести подкожно сернокислую магнезию, промедол; спазм проходит, возобновляются схватки, и плод изгоняется из матки.

В акушерско-гинекологической клинике мы применяем трубчатый метрейринтер собственной конструкции, через дополнительную трубку которого вводим в матку растворы антибиотиков, чем предупреждается осложнение выкидыша инфекцией.

Метрейриз полезно применять и для усиления сокращений матки при несостоявшемся выкидыше после введения раствора риваноля за оболочки плода.

По вопросу ведения беременности при несостоявшемся выкидыше имеются разные взгляды. Имеются высказывания за выжидание до конца беременности, с тем что наступит самопроизвольное изгнание плода в срок предполагаемых родов.

В то же время большинство акушеров настаивает на изгнании мертвого плода из матки, как только устанавливают смерть плода. В подобных случаях следует применять эстрогенные гормоны, а также стимулирующие — хинин по 0,1 г, питуитрин по $\frac{1}{4}$ мл и другие средства.

По нашим наблюдениям, при неразвивающейся беременности сроком 20—28 недель наиболее легко возбуждаются родовые схватки метрейризом.

Поскольку метрейриз является более бережным вмешательством, чем кесарево сечение, и менее рискованным по сравнению с введением раствора риваноля за оболочки, он имеет преимущество перед этими способами. Отсюда можно заключить, что метрейриз при искусственных медицинских выкидышах должен занять определенное место.

В заключение отметим, что в каждом конкретном случае, когда нужно прервать беременность в поздние сроки, необходимо избирать способ прерывания с учетом показаний и противопоказаний, которые определены нами в следующем плане:

Показания к прерыванию беременности в срок 25—28 недель	Прокол плодного пузыря	Малое кесарево сечение	Влагалищное кесарево сечение	Введение раствора риваноля в матку	Метрейриз
Декомпенсированные пороки сердца	+	+	—	—	—
Токсикозы беременности, не поддающиеся лечению . . .	+	+	—	—	—
Заболевания желудка, кишечника и печени	+	+	+	—	+
Заболевания почек	+	—	+	—	+
Новообразования	+	+	—	—	—
Туберкулез	+	+	—	—	—
Болезни крови	+	+	—	—	+
Заболевания глаз: глаукома, отслойка сетчатки	+	+	—	—	—
Психозы	+	+	—	+	—

Примечания. + способ применим;
— способ применять не следует.

При выборе того или иного способа прерывания беременности необходимо непременно учитывать состояние беременной. В случае тяжелого состояния наиболее щадящим будет малое кесарево сечение, при состоянии, допускающем изгнание плода по типу родов, можно избрать один из приведенных способов.

Нет необходимости доказывать, что при любом способе прерывания беременности в поздние сроки должны строго соблюдать асептику и антисептику.

akusher-lib.ru

Пузырный занос (*mola hidatidosa*) представляет собой заболевание плодного яйца, обычно ведет к гибели плода, почти всегда сопровождается кровотечением, создавая угрозу для жизни женщины. Частота его колеблется от 0,05 до 0,3% к общему числу беременностей (И. Ф. Жордания, И. И. Яковлев).

В основе пузырного заноса лежит перерождение ворсин хориона, которые подвергаются резкому отеку с ослизнением стромы и превращаются в пузырьки. Ворсинки, в норме нежные, ветвящиеся, равномерной толщины, превращаются при данной патологии в толстые тяжи, несущие на всем своем протяжении большое количество пузырьков величиной от просяного зерна до лесного ореха. Пузырьки содержат светлую жидкость, их расположение напоминает грозди винограда. Ворсистая часть хориальной оболочки превращается в конгломерат гроздьев, состоящих из бесчисленного количества прозрачных пузырьков.

Патогенез этого заболевания объясняют нарушением циркуляции амнио-хориальной жидкости. При пузырном заносе амниотическая оболочка перестает пропускать хориальную жидкость в амниальный пузырь (А. В. Викулов), поэтому воды не скапливаются в полости амниона. Наблюдаемое в норме движение жидкости от межворсинчатого пространства к эпителию амниона через ворсинки хориона нарушается. Это приводит к накоплению жидкости в мезенхимальной части ворсинки и отеку ее. Поскольку жидкость не имеет выхода из ворсинки, то, постепенно накапливаясь, она превращает ее в пузырек, похожий на ягоду винограда.

Как указывалось выше, внимание врача привлекает несоответствие размеров матки сроку беременности. При пузырном заносе сроком 2 месяца матка может иметь величину соответственно 12—16 неделям беременности, при 3 месяцах — 18—22 неделям и т. д. При этом не удается обнаружить ни отдельных частей плода, ни сердцебиения, ни толчков движения плода. В. С. Груздев подчеркивает своеобразную туго-эластичную консистенцию матки, напоминающую собой консистенцию яичниковых кистом. В отдельных случаях матка мягкая или тестоватая, иногда определяются сокра-

щения отдельных частей матки. В случаях разрушающего пузырьного заноса наблюдается картина внезапного коллапса или явления острого живота вследствие кровоизлияния в брюшную полость. На 5—7-м месяце беременности при этой форме пузырьного заноса иногда развивается картина разрыва матки с явлениями внутреннего кровотечения.

При дифференциальной диагностике пузырьного заноса надо иметь в виду многоплодную беременность или многоводие. Во II половине многоплодной беременности удается прослушать сердцебиение плода, определить мелкие части и движение плода. Рост матки не столь быстрый, как при пузырьном заносе. Труднее провести дифференциальную диагностику пузырьного заноса от многоводия. В таких случаях при значительном объеме матки допустимо провести рентгенографию.

Учитывая, что пузырьный занос встречается нередко в пожилом возрасте, необходимо дифференцировать его со злокачественным поражением тела матки. Выяснение этого вопроса обеспечивается выскабливанием слизистой матки, а также биологическими реакциями, имеющими большое диагностическое значение. Особое значение имеет исследование мочи на количественное содержание пролана Б.

Для определения пролана Б утреннюю мочу проверяют с помощью лакмусовой бумажки и в случае нейтральной или щелочной ее реакции подкисляют 1% уксусной кислотой до слабокислой реакции, после чего фильтруют. Такую мочу используют для постановки реакции Ашгейма—Цондека. Э. М. Каплун указывает, что на практике эта реакция трудно выполнима и не может претендовать на высокую чувствительность из-за неодинаковой реактивности мышей.

Поэтому с успехом производят биологическую пробу Фридмана на ювениальных или взрослых крольчихах. В течение двух суток впрыскивают 24 мл мочи (по 4 мл 6 раз) в ушную вену. При положительной реакции через 24 часа обнаруживают кровоизлияния в фолликулах, происходит лопание фолликулов и превращение их в желтые тела.

Результаты введения мочи рекомендуется проверять через двое суток.

Одним из быстрых, простых, доступных и достаточно надежных методов диагностики пузырьного заноса следует считать сперматурическую реакцию Галли—Майнини (Halli Mainini) на самцах озерной лягушки *Rana ridibunda* (Н. С. Эйбер, О. Тарасенко). При пузырьном заносе реакция бывает резко выраженной и наступает через 15—30 минут после введения мочи в спинной лимфатический мешок. В случае пузырьного заноса реакция сохраняется положительной и при 20—100-кратном разведении мочи, при нормальной же беременности разведение мочи свыше 5 раз дает отрицательный ответ.

Эта же реакция может служить и методом контроля за концентрацией гонадотропина. После рождения пузырьного заноса через

2—3 недели положительная реакция на гонадотропный гормон становится отрицательной. По данным Е. И. Кватер и Э. И. Каплун, в 15—20% случаев положительная реакция может удерживаться 2—3 месяца. Это связано с тем, что лютеиновые кисты долго рассасываются, а они содержат большое количество пролана Б.

После удаления пузырного заноса, если кровотечение прекратилось, матка приобретает нормальную величину и форму, биологическая реакция отрицательная, вероятность возникновения хорионэпителиомы минимальна.

После удаления пузырного заноса исследование мочи на пролан.Б в порядке контроля рекомендуется производить через 10 дней, 1 месяц, 1,5, 2, 3 месяца. В случае если реакция окажется отрицательной, последующие исследования проводят через каждые 3—5 месяцев в течение 2—3 лет. Если же реакция вновь становится положительной, нужно исследование направить на выявление хорионэпителиомы.

Лечение при пузырном заносе должно быть направлено к тому, чтобы избавить больную от истощающих кровотечений и способствовать скорейшему опорожнению матки. Подход к каждому случаю в смысле выбора метода терапии должен быть индивидуальным. Наилучшие результаты наблюдения — при самопроизвольном опорожнении полости матки. Полезно применение сокращающих средств, питуитрина, окситоцина, хинина в сочетании с хлористым кальцием и глюкозой. В случаях обильных кровотечений необходимо прибегнуть к опорожнению матки, а иногда и к более радикальным мерам, вплоть до ампутации матки.

Выскабливанию принято отдавать предпочтение, так как наступает более быстрая остановка кровотечения, меньшая частота анемии и сокращение сроков пребывания больных в стационаре. Опасность перфорации матки при удалении пузырного заноса выскабливанием значительно преувеличена. Исключение в этом отношении составляют деструктирующие формы, которые встречаются крайне редко.

Удаление пузырного заноса следует проводить бережно. При величине матки, превышающей 3-месячную беременность, и кровотечении возможно расширение шеечного канала расширителями Гегара до № 20 с последующим пальцевым удалением перерожденного плодного яйца. При величине матки меньше 3 месяцев беременности лучше инструментальный способ удаления.

При больших сроках пузырного заноса или большой матке для усиления схваток и временной остановки кровотечения может быть применен метрейринтер, с последующим пальцевым удалением плодного яйца. В случае наличия остатков или задержки обратного развития матки, когда кровянистые выделения продолжаются, можно спустя 2—2,5 недели произвести выскабливание полости матки тупой ложкой, при этом не рискуя прободением матки.

В случае рождения большей части заноса при непрекращаю-

шемся кровотечении можно произвести крайне осторожно выскабливание полости матки большой тупой кореткой.

Как мера временной остановки или подготовки к операции при сильных кровотечениях после удаления плодного яйца допускается тампонада полости матки и влагалища (А. Ю. Лурье).

При наличии профузного кровотечения в большом сроке пузырного заноса рекомендуется кесарево сечение с целью спасения матери.

Для предупреждения развития коллапса, учитывая степень кровопотерь, а также возможность в дальнейшем развития инфекции, проводят гемотрансфузии, назначают средства, сокращающие матку, антибиотики, сульфаниламидные препараты и антианемические средства.

Лютеиновые кисты удалять не следует, так как они регрессируют в течение нескольких недель (а иногда 2—3 месяца).

Во избежание развития хорионэпителиомы, И. Ф. Жордания считает показанным удаление матки и кист яичников, если последние быстро растут и у больной имеются явления кахексии или возраст беременной старше 40 лет — когда имеется наибольшая опасность развития хорионэпителиомы.

Развитие плодного яйца вне полости матки представляет серьезную угрозу для здоровья и жизни женщины. Несвоевременное оказание хирургической помощи может повлечь за собой смерть женщины от острого малокровия, развивающегося в результате внутреннего кровотечения на почве разрыва плодоемности.

По месту расположения оплодотворенного яйца различают беременность трубную, в рудиментарном роге, яичниковую и брюшную.

Частота отдельных форм эктопической беременности, по А. Д. Аловскому, такова: трубная — 98,5%, яичниковая — 0,2%, в рудиментарном роге — 0,9% и брюшная — 0,4%.

Трубная беременность. Чаще всего встречается трубная беременность (*graviditas tubaria*); частота ее — от 1,2 до 4,5% случаев по отношению к общему числу гинекологических больных (Цейтлин, Г. Г. Гентер, А. И. Канторович, В. Н. Шатерник, А. Д. Аловский, Р. Р. Макаров и др.).

Развитие трубной беременности преимущественно связано с различными изменениями в трубе, что препятствует свободному продвижению оплодотворенного яйца к полости матки. Яйцо застревает в каком-либо участке фаллопиевой трубы и начинает там развиваться. Задержка яйца в фаллопиевой трубе может быть обусловлена как явными структурно-морфологическими изменениями, так и чисто функциональными расстройствами последней.

Анатомические изменения в трубах связаны прежде всего с врожденными особенностями женского организма, как-то: инфантилизм внутренних половых органов и аномалии их эмбрионального развития (добавочные трубы или слепые ходы по протяжению труб). Изменения в фаллопиевых трубах, способствующие возникновению внематочной беременности, развиваются чаще всего на почве ранее перенесенных воспалительных процессов (катаральных) любой этиологии или (значительно реже) в результате травматических изменений эпителиальной поверхности труб. Первое место среди причинных факторов занимают послеродовые и послеабортные воспалительные процессы, а также и воспалительные явления после

перенесенных в детстве инфекционных заболеваний. Воспалительные процессы гонорейной этиологии бывают причиной возникновения внематочной беременности гораздо реже, так как при этом чаще происходит закрытие просвета брюшного конца фаллопиевых труб. Гонорейная инфекция обычно ведет к бесплодию. В ряде случаев поражение фаллопиевых труб, способствующее развитию внематочной беременности, возникает в результате проводившихся внутриматочных епрыскиваний йодной настойки, на почве чего в дальнейшем возникают эндосальпингиты и стойкие рубцово-спаечные процессы.

Как уже было сказано, причиной развития трубной беременности могут быть также и чисто функциональные расстройства последней, а именно: неспособность их совершать правильную сократительную работу, что и влечет за собой застревание яйца в трубе. В нормальных условиях фаллопиевы трубы осуществляют маятникообразные, перистальтические (от яичника к матке), антиперистальтические (от матки к яичнику) и вращательно-поступательные (турбинальные) движения. В патологических условиях указанная функция труб расстраивается, что приводит к застреванию в них продвигающегося оплодотворенного яйца. Наконец, эктопическая беременность может развиваться на почве *coitus interruptus*, применяемого в качестве способа предохранения от беременности. Причина возникновения трубной беременности в этих случаях заключается в замедлении продвижения яйца и даже в застревании последнего в результате спазма в области трубных сфинктеров.

В специальной литературе имеются указания на возможность в отдельных случаях возникновения внематочной беременности в результате проводившегося продувания труб. В подобных случаях проходимость труб, восстановленная при применении повышенного давления (180—200 мм рт. ст.), создает в дальнейшем благоприятные возможности лишь для проникновения сперматозоидов, но в то же время не всегда обеспечивает возможность прохождения через данные трубы оплодотворенного яйца, в силу чего последнее может в них задержаться.

Задержка яйца в фаллопиевой трубе может зависеть и от чрезмерно быстрого роста оплодотворенного яйца по пути продвижения его в полость матки. Это относится преимущественно к случаям, когда яйцо попадает в трубу, расположенную в стороне, противоположной тому яичнику, из которого оно было выброшено. Причиной *migratio ovi externa* является обычно непроходимость трубы со стороны, где имеется свежее желтое тело. Однако желтое тело при проходимой фаллопиевой трубе не всегда бывает с одноименной стороны. По данным А. Д. Аловского, желтое тело при трубной беременности на небеременной стороне отмечено в 37%.

В клинической практике преимущественно приходится иметь дело с эктопической беременностью, развивающейся в фаллопиевой трубе, и значительно реже с другими ее разновидностями.

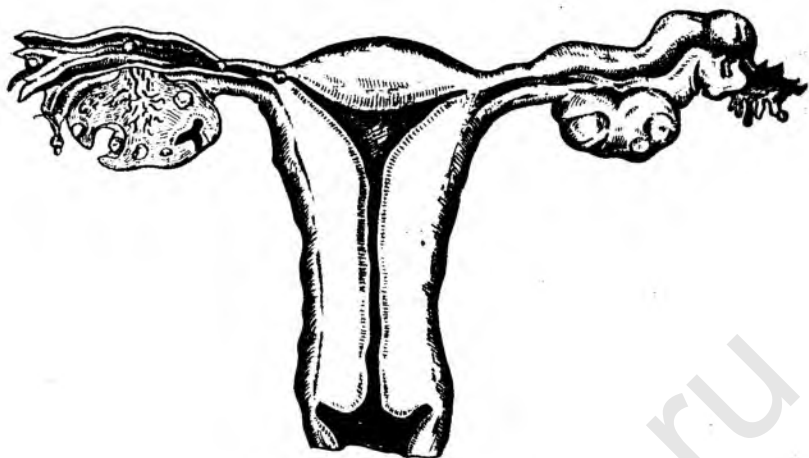


Рис. 86. Схематическое изображение возможных форм развития внематочной беременности.

В силу этого наше изложение будет касаться исключительно клиники ранних сроков трубной беременности.

В зависимости от места внедрения яйца в фаллопиевой трубе различают беременность (рис. 86) интерстициальную, или междуточную (*graviditas interstitialis*), истмическую (*graviditas istmica*), ампулярную (*graviditas ampularis*) и трубно-яичниковую (*graviditas tuboovarialis*).

Под междуточной понимают беременность, развивающуюся в той части трубы, которая проходит в толще маточной стенки. При истмической беременности яйцо прикрепляется на участке трубы между интерстициальной и ампулярной частями трубы. Ампулярная беременность развивается обычно в раструбе фаллопиевой трубы, т р у б н о - я и ч н и к о в а я — между фимбриями трубы и яичником.

Трубная беременность чаще всего нарушается на 4—6-й неделе беременности, т. е. к началу следующей менструации, либо с запаздыванием на несколько суток или даже недель.

Прерыванию эктопической беременности благоприятствует анатомическое строение фаллопиевой трубы: слизистая оболочка трубы очень тонка и не имеет подслизистого слоя, благодаря чему ворсинки хориона легко проникают в мышечный слой трубы и в конце концов прорастают его, разъедавая при этом и кровеносные сосуды. К тому же децидуальные изменения образуются в слизистой оболочке не всегда на всем протяжении трубы, а лишь на отдельных ее участках (В. С. Груздев). В результате разрушения ворсинками кровеносных сосудов может возникнуть той или иной силы кровотечение. Сила кровотечения зависит от калибра сосудов, разрушен-

ных ворсинками. При разрыве трубы безусловно имеет значение и механическое растяжение ее стенок растущим плодным яйцом, так как процессы гипертрофии и гиперплазии мышечных элементов трубы не идут параллельно с ростом плодного яйца.

На степень кровопотери безусловно влияние оказывает и состояние свертывающей системы крови.

Судьба плодного яйца, привившегося к трубе, может быть различной. Чаще всего наблюдается проедание ворсинками стенки трубы в направлении свободной брюшной полости; сначала разрушается мышечный, а затем брюшинный слой. Отслоившееся полностью от места своего первоначального прикрепления плодное яйцо изгоняется в брюшную полость (при разрыве реже наблюдается частичная отслойка яйца). Это будет наружный разрыв плодоемстилица, или разрыв трубы (*ruptura tubae*). Место трубы, проросшее ворсинками, может быть точечным или представлять собой большую рану. Как уже указывалось выше, степень кровопотери зависит от места имплантации яйца и калибра сосудов, где произошло проедание стенки трубы ворсинками.

В других случаях наблюдается внутренний разрыв плодоемстилица, когда ворсинки хориона проедают ту часть яйца, которая обращена в просвет трубы. Плодное яйцо пропитывается кровью, а в дальнейшем отслаивается от стенок трубы и может быть антиперистальтическими сокращениями изгнано через ампулярную часть трубы в свободную брюшную полость. Возникает так называемый трубный аборт (*abortus tubogicus*). В этих случаях внутрибрюшное кровотечение после изгнания яйца из трубы нередко прекращается. Плодное яйцо или плод, попав в брюшную полость, постепенно рассасывается. Только в отдельных случаях, кстати очень редко, плодное яйцо перемещается из ампулярной части трубы в брюшную полость и там продолжает развиваться, иногда даже до срока, свойственного обычной беременности. В итоге возникает вторичная брюшная беременность. При этом плацента может прикрепляться и вне трубы — в различных участках брюшной полости и даже на печени. Обычно плод погибает, причем в ранний период беременности он может совершенно рассосаться, в более поздний срок беременности плод подвергается различным изменениям: мацерации или мумификации, а иногда даже окаменению. При внедрении же инфекции плод подвергается гнойному разрушению. Только в исключительных случаях удается извлечь плод из брюшной полости живым. Однако развивающийся в брюшной полости плод является малоспособным к внеутробному существованию, так как нередко у него имеются различные дефекты развития. Состояние женщины при внематочной беременности, донашиваемой до срока, всегда находится в большой опасности. Поэтому как только диагноз поставлен, больную следует немедленно оперировать, не считаясь с состоянием плода и сроком беременности.

Трубный аборт и разрыв трубы всегда сопровождается внутренним кровотечением. В этом и заключается основная опасность эктопической беременности. В одних случаях кровь, излившаяся в полость трубы, не имея выхода в брюшную полость из-за частичного зарращения свободного конца трубы или при закрытии его сгустками, скапливается в трубе. В результате кровоизлияния труба утолщается до размеров сосиски или сардельки и даже больше. Возникает кровяная опухоль трубы (*Halmatosalpinx*). В других случаях кровь, частично излившаяся из полости трубы, обычно скопится вокруг нее, образуя кровяной слепок.

При значительном кровотечении из просвета трубы кровь стекает в заднее дугласово пространство и способствует возникновению замочной кровяной опухоли.

Одновременно с развитием оплодотворенного яйца в трубе происходят сопутствующие изменения в матке: она увеличивается в размере, становится более сочной, мягкой, а слизистая ее гипертрофируется и превращается в децидуальную оболочку, достигающую нередко толщины 1 см. При прерывании трубной беременности децидуальная оболочка нередко выходит из матки наружу целиком, в виде слепка маточной полости. При гистологическом исследовании слепка обнаруживаются одни лишь децидуальные клетки, элементы ворсин отсутствуют. Это обстоятельство имеет большое диагностическое значение: оно говорит о внематочной беременности и исключает наличие внутриматочной беременности.

Диагностика внематочной беременности трудна потому, что клиническое течение ее может быть крайне разнообразным. Особенности клинической картины внематочной беременности зависят от срока последней, от места за гнездения яйца и от того, нарушена она или развивается.

Клинически принято различать ненарушенную (прогрессирующую), прерывающуюся и нарушенную (прервавшуюся) беременность.

Ненарушенная или прогрессирующая трубная беременность. Распознать ненарушенную трубную беременность в начальной стадии очень трудно, так как она не дает никаких характерных субъективных симптомов, а объективные признаки обычно отсутствуют. Только по мере развития трубной беременности представляется возможным определить одностороннее изменение формы и величины трубы, не сопровождающееся ни повышением температуры тела, ни другими явлениями, сопутствующими воспалительному процессу в придатках. Беременная труба располагается обычно сбоку и несколько кзади от матки. В зависимости от места за гнездения плодного яйца по протяжению трубы (интерстициальная, истмическая и ампулярная беременность) меняется топография и форма беременной трубы. В одних случаях труба тесно прилежит к матке, в других, наоборот, располагается отдельно.

Величина трубного образования зависит от срока беременности. Матка, как было сказано выше, также увеличивается в размере, но ее увеличение не происходит параллельно сроку развивающейся беременности. В отличие от внутриматочной беременности, при эктопической беременности матка сохраняет грушевидную форму, свойственную ей при небеременном состоянии, но увеличивается в своем размере.

Типичный для внутриматочной беременности признак Гегара—размягчение матки в передне-заднем размере при эктопической беременности отсутствует. Беременная матка обладает свойством сокращаться и уплотняться при влагалищном исследовании, чего не отмечается при развитии беременности в фаллопиевой трубе.

При эктопической беременности матка до начала 3-го месяца беременности продолжает увеличиваться соответственно сроку последней (утолщение мышечной стенки и развитие децидуальной оболочки); после этого срока матка начинает отставать в росте, в то время как плодное яйцо, развивающееся в трубе, достигает к концу 12-й недели величины гусиного яйца.

Трудность диагностики эктопической беременности зачастую осложняется еще тем обстоятельством, что изменения, обнаруженные при ощупывании трубы, могут быть старыми, возникшими на почве ранее перенесенного воспалительного процесса.

Беременную трубу бывает иногда нелегко отличить от опухоли придатков. Поэтому при распознавании внематочной беременности анамнезу больной должно отводиться большое внимание. Некоторое ориентировочное значение при дифференциальном диагнозе имеют данные лабораторного исследования крови. Метод цитологического исследования влагалищного мазка, который прост и доступен в широкой врачебной практике, равно как и биологическая реакция Цондек—Ашгейма, лишь подтверждает наличие беременности, но отнюдь не указывает на место ее развития. В силу этого клиническому обследованию и наблюдению должно отводиться первое место. При подозрении на внематочную беременность женщина должна быть без промедления помещена в стационар, где в любой момент ей может быть оказана хирургическая помощь.

Прерывающаяся трубная беременность—состояние, при котором хотя и произошло нарушение роста эктопической беременности, однако ворсины продолжают сохранять свое разрушающее действие (так называемые живые ворсины), в то время как при нарушенной (прервавшейся) эктопической беременности ворсины обычно прекращают свое действие (И. Ф. Козлов, 1935). Подтверждение этому можно найти в результатах биологических реакций и в особенностях клинической картины.

Прерывающаяся трубная беременность при наличии общих признаков беременности характеризуется также схваткообразными, спазматическими болями в животе, отдающими обычно под лопатку соответствующей стороны. Боли обусловлены раздражением

брюшинного покрова излившейся кровью. Одновременно с болями в большинстве случаев внематочной беременности бывают кровянистые выделения из матки с примесью частиц отпадающей оболочки в виде пленок и прожилок ткани. Выделяющаяся кровь обычно темного (напоминает кофейную гущу) или шоколадного цвета, дегтеобразной консистенции (Л. Л. Окинчиц). В некоторых случаях выделения имеют характер мажущихся; нередко кровотечение даже отсутствует. Температура тела чаще нормальная или субфебрильная. Бледность покровов тела и лица, характер пульса зависят от степени кровопотери. При влагалищном исследовании обычно определяется односторонняя опухоль сбоку от матки или в заднем дугласовом пространстве. При помощи перкуссии или пункции в брюшной полости определяется скопление жидкой свободно излившейся крови. По мере свертывания крови прощупываемая в брюшной полости опухоль превращается из мягкой в более плотную. При свертывании крови, скопившейся сзади матки, возникает так называемая заматочная кровяная опухоль, которую иногда смешивают с экссудативным пельвеоперитонитом.

Рассчитывать на самопроизвольное рассасывание заматочной опухоли бесцельно, так как этому препятствует плотная капсула, образующаяся из густой сети фибрина. В этих случаях показано хирургическое лечение (о чем речь будет дальше), особенно учитывая склонность опухоли к нагноению.

Нарушенная трубная беременность (*tubura tubae. Abortus tubarius. Metrorragia profusa in cavo abdominis*). Значительно легче распознать прервавшуюся (нарушенную) внематочную беременность раннего срока. В результате прорастания ворсинками стенки трубы последняя разрывается или яйцо, отмирая в трубе, выбрасывается из ампулярного конца его в брюшную полость. В том и другом случае возникает, как правило, внутрибрюшное кровотечение. При разрыве трубы кровотечение обычно не останавливается, а нарастает, при трубном же аборте кровотечение нередко прекращается, вследствие закрытия просвета трубы сгустками и тромбирования последними нарушенных сосудов. Кровь в брюшную полость не изливается, образовавшиеся в трубе сгустки крови образуют кровяную опухоль трубы, так называемую *hemato salpinx*. При разрыве беременной трубы в отдельных случаях может образоваться заматочная опухоль, но такие случаи редки.

Степень выраженности симптомов при нарушенной внематочной беременности зависит от количества крови, излившейся в брюшную полость, и быстроты кровопотери.

Разрыв трубы обычно сопровождается явлениями шока: внезапно возникает острая режущая боль в животе, сопровождающаяся обмороком, бледностью лица, холодным потом, пульсом слабого наполнения, легко сжимаемым, учащенным (до 120 ударов в минуту и больше). Эти явления указывают на наступивший инсульт. Внешний вид больной, у которой произошел разрыв беременной

трубы, весьма характерен. Видимые слизистые оболочки — бледного цвета. При продолжающемся внутреннем кровотечении явления малокровия обычно нарастают. Лицо больной носит следы испуга, зрачки расширены, дыхание частое, прерывистое, поверхностное, отмечается боль в плечевой области, так называемый френкиус-симптом. Боль в плече и в лопатке объясняется раздражением излившейся кровью чувствительных волокон и окончаний грудно-брюшного нерва. Язык влажный, чистый, необложенный. При оттянутом и поднятом вверх языке хорошо выражены подъязычные вены. В случае внутрибрюшного кровотечения при разрыве трубной беременности подъязычные вены представляются опустевшими, в виде белых шнуров (симптом «языка») (О. П. Ормай). Температура тела бывает обычно нормальной или ниже нормы, но в отдельных случаях (чаще в тех, когда кровоизлияние имеет некоторую давность) может быть повышенной. Повышение температуры не говорит за инфицированность, оно может быть обусловлено всасыванием брюшиной белков излившейся крови. В момент разрыва живот вздут, слегка болезненен при дотрагивании, особенно в нижней части. Симптом Щеткина — Блюмберга положительный.

При перкуссии живота в месте проекции внематочной беременности определяется одностороннее притупление перкуторного звука, меняющееся при перемене положения тела. Картина крови характерна для вторичного малокровия (уменьшения количества гемоглобина и эритроцитов). В случаях свежего кровоизлияния в брюшную полость лейкоцитоз повышен только в первые часы, а в дальнейшем количество лейкоцитов снижается до нормального уровня. Только в случаях известной давности количество лейкоцитов может быть повышено. Реакция оседания эритроцитов ускоряется, как при внутриматочной беременности.

При влагалищном исследовании отмечаются: незначительные кровянистые выделения кофейного или шоколадного цвета, уплотненность или выпяченность сводов. Матка представляется слегка увеличенной, по форме плоской, Характерная тестоватость (размягчение), свойственная нормальной беременности, отсутствует. В области придатков чаще всего прощупывается опухоль с неясными контурами, малоподвижная, мягкой консистенции; нередко она располагается сзади матки. Иногда из-за резистентности сводов и напряженности брюшной стенки точно контурировать опухоль не удается.

При дифференциальном диагнозе в первую очередь нужно обращать внимание на состояние половых и соседних с ними органов, учитывая свойственные для их заболеваний симптомы.

В клиническом течении между внематочной беременностью и маточным выкидышем, а также заболеваниями соседних органов имеются отличия. Так, по сравнению с маточным выкидышем трубная беременность нарушается чаще в более ранние сроки — на 4—

6-й неделе, боли локализуются в одной из подвздошных областей. Они носят приступообразный характер и выражены сильнее. При ней имеются наружные кровотечения типа мажущихся, иногда отходит децидуальная оболочка, степень молокровия не соответствует наружной кровопотере, матка меньше, чем она должна быть в случае маточной беременности.

При рассматривании выделившихся частиц плодного яйца (при прервавшейся внутриматочной беременности) надо стремиться найти ворсинки. В случае сомнения следует подвергнуть полученную ткань гистологическому исследованию, памятуя о возможности наличия одновременно эктопической и внутриматочной беременности.

Диагностическое выскабливание с последующим гистологическим исследованием соскоба допустимо при отсутствии к нему противопоказаний, как-то: повышение температуры тела, лейкоцитоз и болезненность при влагалищном исследовании.

Если в соскобе отсутствуют элементы хориона и обнаруживается только децидуальная ткань, то с большей вероятностью можно предполагать наличие внематочной беременности; операцию выскабливания полости матки в подобных случаях производят не ранее чем через 50 дней после последней менструации. В этот срок беременности площадь развития ворсин плодного яйца внутри полости матки уже значительна и элементы хориона ясно обнаруживаются в соскобе. В более ранние сроки беременности отсутствие ворсин хориона в соскобе еще не указывает на внематочную беременность, так как при этом нельзя исключить возможность «просмотра» самопроизвольного выкидыша при имевшейся внутриматочной беременности, происшедшего до операции выскабливания. Сказанное ограничивает диагностическую ценность операции пробного выскабливания.

При дифференциальном диагнозе надо иметь в виду возможность внутреннего кровотечения из других органов, в частности из яичника, что наступает после разрыва граафова фолликула. В тех случаях, когда нарастают клинические признаки на почве имеющегося кровотечения так же как и при внематочной беременности, показано чревосечение.

Клиническую картину при внематочной беременности можно смешать с явлениями, возникающими при перекручивании ножки опухоли яичника, с «прободным» перитонитом, возникающим на почве язвы желудка и кишок, с разрывом стенки пилосальпинкса и излитием его содержимого в брюшную полость, с аппендицитом в острой стадии и воспалительными процессами придатков матки. Так, часто хирурги и гинекологи у постели больной затрудняются решить вопрос — имеется ли внематочная беременность или аппендицит. Для их различия необходимо учитывать следующие отличительные признаки между трубной беременностью и аппендицитом.

Для внематочной беременности характерны: наличие признаков беременности, мажущихся кровотечениях, схваткообразных болей в животе, изредка сопровождающихся обмороками (наличие крови при пункции, количество лейкоцитов в крови не повышено, РОЭ не ускорена). При аппендиците эти симптомы обычно отсутствуют.

В случае сомнения в диагнозе, когда допускается возможность и внематочной беременности и аппендицита, желательно, чтобы операцию проводил акушер-гинеколог при участии хирурга.

Затруднения могут встретиться при осмотре больной, когда возникают сомнения в возможности разрыва беременной трубы и наличии прободного перитонита, для которых свойственны следующие отличительные признаки.

При разрыве беременной трубы в анамнезе имеются признаки беременности, часто внезапно наступает коллапс, выражены явления малокровия. Температура не повышается, язык остается влажным, брюшная стенка умеренно напряжена. При прободном перитоните наблюдаются обратные явления.

При проведении дифференциального диагноза между разрывом беременной трубы и заворотом кишок во время беременности следует иметь в виду такие данные: 1) общие признаки: субъективные и объективные симптомы беременности, болезненность, вздутие и резистентность живота, рвота и неотхождение газов; 2) специфические признаки: при завороте кишок отсутствует резкая анемия, сильнее выражен метеоризм, рвота и запор; при разрыве беременной трубы иногда наблюдается раздражение брюшины и позывы на мочеиспускание и дефекацию.

Дифференцируя эктопическую беременность, следует исключить непроходимость кишечника, которая нередко сопровождается рядом признаков, отмечающихся при нарушенной эктопической беременности.

Не следует забывать о возможности внутреннего кровотечения от других причин, как например: при разрыве селезенки и ее сосудов — случай, имевший место в клинике в 1956 г., при разрыве печени, при проедании ворсинками стенок матки.

Следует подчеркнуть, что тяжелое состояние больной при эктопической беременности обуславливается не столько самой кровопотерей, сколько перитонеальным шоком. Это обстоятельство должно учитываться хирургом при проведении тех или иных вмешательств.

Анамнез, клиническая картина, применение влагалищного, а в отдельных случаях ректального методов исследования, дополняемые результатами лабораторных исследований, помогают в уточнении и распознавании заболевания. Нельзя полагаться только на слова больной, что она девственница и не имела половой связи, необходимо использовать все методы и способы обследования, чтобы избежать серьезных ошибок.

Рентгенодиагностика при внематочной беременности возможна лишь в более поздние сроки.

В затруднительных случаях диагноз внематочной беременности уточняется при помощи пробной пункции через задний свод влагалища. Однако при свежем внутрибрюшном кровоизлиянии задний свод не всегда бывает выпячен, так как в лежащем положении больной излившаяся кровь равномерно растекается в брюшной полости. Приподнимая верхний отдел туловища больной, достигают перемещения крови в заднее дугласово пространство. Поэтому, когда больная находится на гинекологическом столе, с ногами согнутыми в тазобедренном и коленном суставах и отведенными в стороны, головной конец туловища больной следует несколько приподнять.

Пункцию, или пробный прокол, производят толстой иглой, длиной не менее 12 см, косо срезанной на конце. Иглу насаживают на шприц емкостью в 12—20 см³. Прокол делают либо в зеркалах под контролем зрения, либо по пальцу; последний способ некоторые авторы (М. С. Малиновский) не рекомендуют.

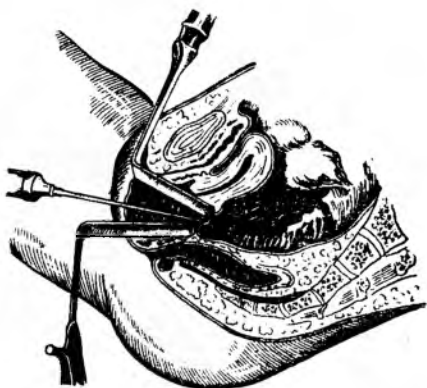
Перед пункцией производят дезинфекцию наружных половых органов и влагалища. Обязательна катетеризация мочевого пузыря.

Во влагалище вводят желобоватое зеркало и подъемник, заднюю губу шейки захватывают двумя парами пулевых щипцов. В задний свод, отступая на 1—2 см от задней губы шейки матки, строго по средней линии делают вкол иглы на глубину 3—4 см (рис. 87). Затем шприцем насасывают кровь, скопившуюся в малом тазу. Не следует делать вкол в боковых сводах из-за опасности поранить крупный сосуд или мочеточник.

По тому же принципу делают прокол по пальцу. Для этой цели два пальца левой руки вводят в задний свод влагалища под шейку матки и намечают место вкола. Затем по пальцам вводят иглу, которую вкалывают в намеченное место. Пункция через задний свод — это внутрибрюшное вмешательство. Поэтому при ее выполнении требуется тщательное соблюдение правил асептики и антисептики, иначе возможно внесение инфекции извне. Совершенно недопустимо производить пункцию через передний свод, когда опухоль расположена в переднем дугласовом пространстве.

При наличии внематочной беременности в крови, получен-

Рис. 87. Пункция через задний свод влагалища.



ной при пункции, обычно обнаруживают мельчайшие сгустки. Чтобы лучше рассмотреть сгустки, кровь из шприца выливают на белую тарелку. Наличие в рассматриваемой крови сгустков говорит за кровоизлияние в брюшной полости. Еще более отчетливо видны сгустки крови при выливании ее из шприца в стакан, наполненный физиологическим раствором; в тех случаях, когда кровь не содержит сгустков, не исключена возможность, что она получена из вены матки. В сомнительных случаях из полученного пунктата следует делать мазки для микроскопического исследования.

Более стойкую клиническую картину представляют случаи нарушения внематочной беременности с образованием заматочной кровяной опухоли (*Haematocele retro uterina circum scripta*).

В этих случаях из тщательного опроса больной устанавливают, что у нее был припадок острых болей (однократно или повторно) по-видимому, связанный с внутренним кровотечением. Больная обычно сообщает о задержке менструаций (но такой задержки может и не быть!), о приступе острых болей в низу живота, сопровождающихся головокружением, рвотой и появлением из матки в небольшом количестве темного цвета кровянистых выделений. Вскоре, однако, острая боль сменяется тупой и больная ощущает в животе тяжесть.

Исчезает головокружение, и состояние больной улучшается. При осмотре больной с подобной клинической картиной отмечают: влажный и чистый язык, бледность видимых покровов тела и слизистых оболочек, температура тела бывает нормальная или субфебрильная. Пульс учащен в пределах 100 ударов в минуту. Брюшная стенка нередко напряжена и болезненна. При ощупывании живота в нижних его отделах определяется опухоль без ясных контуров, слегка болезненная, имеющая мягко-эластическую консистенцию. Верхняя граница опухоли обычно располагается над лбом, иногда достигает пупка и поднимается даже выше, в зависимости от степени кровоизлияния; опухоль имеет неправильную форму. При влагалищном исследовании находят, что своды задний и один из боковых уплощены и выпячены за счет опухоли. Она имеет неясные контуры, мягко эластическую консистенцию, небольшую болезненность, находится в малом тазу и поднимается вверх. Стенка влагалища над опухолью подвижна. Тело матки обычно увеличено, смещено в сторону, вверх и впереди. Прощупать придатки не удается.

Однако не всегда имеется типичная картина заматочной опухоли. В ряде случаев наблюдается высокая температура тела, учащенный пульс, язык бывает обложен.

Эти признаки указывают на инфицирование, возможность нагноения опухоли. При распространении нагноившейся опухоли в клетчатку между влагалищем и прямой кишкой создается угроза перфорации гнойника в прямую кишку. Более или менее аналогич-

ная клиническая картина отмечается в случаях нарушенной (прервавшейся) внематочной беременности с ограниченным кровоизлиянием внутри и вокруг фаллопиевой трубы.

При этих вяло протекающих формах светлые промежутки между отдельными инсультами более продолжительны. Сами инсульты не так интенсивны. Реакция со стороны брюшной стенки незначительна; перкуторно отмечается небольшое приглушение звука в месте проекции трубы.

При влагалищном исследовании обнаруживаются дегтеобразного характера выделения, увеличенная в размерах матка плоской формы и несколько смещена в сторону; сбоку от матки определяется опухоль трубы, имеющая колбасообразную или ретортообразную форму, плотной или эластической консистенции, малоподвижная, обычно загнута в дугласово пространство, а иногда смещенная кпереди.

Большие затруднения могут быть при распознавании внематочной беременности у больных, страдающих хроническим воспалением придатков матки. Ниже приводятся отличительные признаки трубного выкидыша и хронического воспаления придатков (по А. Д. Аловскому):

Трубная беременность (трубный аборт, вяло протекающий разрыв трубы)	Воспаление придатков матки
1. Часто имеются указания на задержку менструаций и явления, свойственные беременности	1. Задержка менструаций в очень редких случаях; признаков беременности нет
2. Как правило, внезапное проявление заболевания без ясных причин, иногда среди полного здоровья, часто сопровождается обмороками, шоковым состоянием, головокружением	2. Более или менее постепенное развитие заболевания; часто обострение процесса связано с менструацией и погрешностью в половой жизни. Отсутствие явлений шокового состояния, обмороков не бывает
3. Боли резкие, схваткообразного характера, иррадиирующие в различные участки тела (плечо, лопатку, шею, задний проход, подложечную область и пр.)	3. Боли более постоянного характера, ощущаются обычно на месте локализации процесса
4. Температура нормальная или субфебрильная	4. Температура в острых случаях высокая
5. Пульс нормальный или учащенный, не соответствует температуре, менее напряжен, иногда слабого наполнения	5. Пульс соответствует температуре, хорошего наполнения и напряжения
6. Бледность покровов тела, синюшность губ, ногтей, желтушность склер	6. Покровы тела нормальны, слизистые и ногти нормальной окраски
7. Язык бледный, чистый, влажный	7. Язык нормальной окраски, суховат, обложен

Трубная беременность (трубный аборт, вяло протекающий разрыв трубы)	Воспаление придатков матки
<p>8. Живот не напряжен, слегка вздут, мягкий, более чувствительный при пальпации с одной стороны, при перкуссии отмечается притупление на отлогих местах и в нижнем отделе, чаще над одной из пупартовых связок</p> <p>9. Темно-кровянистые выделения шоколадного цвета и цвета кофейной гущи, в небольшом количестве, мажущаяся, нередко выделяется децидуальная оболочка</p> <p>10. Матка обычно больше нормальной, сочная, в начальных стадиях подвижная, иногда «плавает», движения боковые, относительно безболезненные</p> <p>11. Как правило, определяется односторонняя опухоль придатков</p> <p>12. Опухоль менее отчетливо ограничивается, продолговатой формы, часто со смазанными контурами, при осторожном прощупывании малоболезненна, часто боковой и задний своды опущены, в них определяется неясная резистентность (ластозность, «муть»)</p> <p>13. РОЭ, как правило, не ускорена. Картина крови показывает явления анемии</p> <p>14. Биологическая реакция Цондека — Ашгейма положительная</p> <p>15. Пункция заднего свода дает кровь</p>	<p>8. Живот напряжен, болезнен обычно с обеих сторон. Напряжение брюшных мышц более отчетливо. При перкуссии притупления на отлогих местах и над пупартовой связкой не наблюдается</p> <p>9. Кровянистые выделения в очень редких случаях и обычно характера метроррагии, кровь более яркая, децидуальная оболочка не выделяется. Выделения чаще гнойные</p> <p>10. Матка нормальной величины, плотная, боковые движения ее резко болезненны, ограничена в подвижности</p> <p>11. Чаще двустороннее поражение придатков</p> <p>12. Опухоль более отчетливо контурируется. Часто труба ретрообразной формы, более плотной консистенции. Боковой и задний своды не опущены. Лишь при экссудативных пельвеоперитонитах, периметритах опущены своды, но тогда отмечается высокая температура и резкие перитонеальные явления</p> <p>13. РОЭ ускорена. Красная кровь — нормальная, белая кровь — повышен лейкоцитоз</p> <p>14. Реакция Цондека — Ашгейма отрицательная</p> <p>15. Пункция заднего свода ничего не дает, а иногда дает гной или серозную жидкость</p>

М. С. Малиновский рекомендует пользоваться приемом Банки для отличия внутриматочной беременности, осложненной каким-либо процессом в области придатков (воспалительный процесс, киста яичников, ретенционные опухоли и т. п.), от внематочной беременности. Для этого двумя пальцами, введенными в задний свод влагалища больной, приподнимают шейку матки и приближаются к симфизу. При этом исследуемая будет испытывать сильную боль.

С дифференциально-диагностической целью применяется аутогемотерапия. При воспалительных процессах в среднем через пять дней кровотечение прекращается, в то время как при наличии эктопической беременности кровянистые выделения продолжают (И. Л. Брауде, Л. С. Персианинов и др.)

Рис. 88. Межуточная беременность

Следует иметь в виду, что не всегда все приведенные симптомы бывают выражены в одинаковой степени. Поэтому необходимо учитывать комплекс симптомов, обращая внимание на клиническое течение заболевания в динамике.

Распознавание редких форм внематочной беременности иногда представляет исключительные трудности. Поэтому остановимся подробнее на отдельных формах такой беременности.

Межуточная, или интерстициальная, беременность. Подобные случаи встречаются чрезвычайно редко. В литературе опубликованы лишь единичные случаи. Между тем эта форма эктопической беременности заслуживает большого внимания.

В месте возникновения этой разновидности эктопической беременности стенка плодместилища образована за счет мощного развития мускулатуры матки (рис. 88). Нарушение межуточной беременности по клинической картине сходно с другими видами эктопической беременности и происходит в срок от 4 до 12 недель в результате разрыва стенки матки, с последующим изгнанием содержимого плодместилища в свободную брюшную полость. Исключительно редко наблюдаются случаи прорыва плодместилища в полость матки. Кровотечение при этом обильное, что объясняется глубоким проникновением ворсинок в стенку матки и проеданием ими сосудов большого калибра.

Диагноз в большинстве случаев устанавливается в процессе операции. Диагностическими признаками являются:

- 1) односторонняя деформация матки в направлении дна и задней стенки последней вследствие роста в эту сторону плодного яйца;
- 2) атипичное отхождение круглых связок и труб (на здоровой стороне труба и связка расположены ниже, чем на противоположной, где развивается межуточная беременность);
- 3) широкое соединение плодного мешка с углом матки;
- 4) полная подвижность матки;
- 5) безболезненность сводов и отсутствие в сводах какой бы то ни было опухоли.

В анамнезе отсутствуют указания на ранее перенесенные заболевания половой сферы. Перфорационное отверстие в межуточной части трубы иногда может быть ошибочно принято за прободное отверстие в дне матки при производившемся до этого искусственном аборте. В этих случаях обычно выручает анамнез, а при ревизии брюшной полости в перфорационном отверстии обнаруживаются неизменные ворсинки.



Рис. 89. Беременность в рудиментарном (зачаточном) роге матки.



Беременность в рудиментарном роге. Распознавание беременности в рудиментарном (зачаточном) роге представляет затруднение (рис. 89).

Установлению диагноза способствует прощупывание широкой и плоской ножки, отходящей от рудиментарного рога к боковой поверхности нормально развитого рога на уровне внутреннего зева. Иногда прощупывание ножки представляет трудности. Отличием рудиментарного рога от кисты яичника (стебельчатая форма) служит то, что последняя имеет более длинную и тонкую ножку, которая отходит от боковой стенки матки значительно выше внутреннего зева. При разрыве плодовместилища рудиментарного рога отмечается кровотечение. Плод, выпавший в брюшную полость, иногда продолжает развиваться в последней, если плацента сохраняет связь со стенкой рудиментарного рога.

В других же случаях плод погибает, претерпевая те или иные изменения (мацерация, нагноение), и иногда по частям удаляется наружу через кишечник.

Яичниковая беременность. Яичниковая беременность (*graviditas ovarica*) развивается либо в фолликуле (в графовом пузырьке, желтом теле и *theca folliculi*), либо на свободной поверхности яичника.

Диагноз яичниковой беременности устанавливают при операции, а окончательно уточняют при последующем патогистологическом исследовании удаленного препарата.

При распознавании яичниковой беременности обращают внимание:

- 1) на отсутствие яичника с той стороны, где имеется беременность;
- 2) на наличие яичниковой ткани в стенках плодного мешка;
- 3) на существование связи плодного мешка с маткой через посредство собственной связки яичника;
- 4) на то, что в образовании плодовместилища труба не участвует и топографическое отношение ее к плодовместилищу такое же, как при кисте яичника;
- 5) на наличие связи с широкой связкой (Л. А. Кривский).

Брюшная беременность. Брюшная беременность (*graviditas abdominalis s. peritonealis*) бывает большей частью вторичной, обычно она представляет исход трубной (разрыв ее, трубный выкидыш, отшнуровавшаяся беременная труба) или яичниковой беременности и встречается крайне редко. Плодовместилище в одних случаях располагается в свободной брюшной полости, в других случаях при разрыве трубы и проникновении яйца между листками широкой связки плодовместилище располагается межсвязочно. Еще реже встречаются случаи первичной брюшной беременности, так как условия для за гнездения и развития яйца малоблагоприятны (К. К. Скробанский, К. П. Улезко-Строганова); установлено, что внедрению и развитию яйца на брюшине способствует децидуальная реакция гетеротопии, так называемая эндометридная гетеротопия.

Иногда наблюдается сочетание внутриматочной и внематочной беременности. Диагностика в таких случаях чрезвычайно трудна. В отечественной литературе опубликованы случаи, когда после ликвидации хирургическим путем внематочной беременности внутриматочная беременность продолжала развиваться и заканчивалась срочными родами живым плодом.

Повторная внематочная беременность в другой трубе наблюдается в среднем в 4%, значительно реже отмечается развитие повторной беременности в культе оставленной трубы, так как обычно удаляют полностью фаллопиеву трубу. В литературе описаны случаи многоплодной трубной беременности двойней и тройней. Возможны случаи одновременной двусторонней трубной беременности, а также пузырного заноса.

Внематочная беременность поздних сроков. Распознавание прогрессирующей и далеко зашедшей внематочной беременности представляет зачастую большие трудности. При расспросе больной удается получить данные, указывающие на беременность, сама больная отмечает увеличение объема живота и нагрубание молочных желез. В первые месяцы беременности посредством ощупывания через брюшную стенку определяют в полости живота опухоль, расположенную несколько асимметрично и напоминающую по своей форме и размерам матку. Отличием от матки является то, что стенки опухоли не сокращаются под рукой.

При влагалищном исследовании плодовместилище определяется в виде опухоли, располагающейся чаще всего в заднем дугласовом пространстве, но оно может находиться и впереди от матки, срастаясь с ней, чем и симулируется наличие беременной матки. Опухоль имеет шарообразную форму, ее консистенция обычно тугоэластическая, подвижность ограничена. Нередко уже по консистенции, пульсации сосудов и наличию тяжей в заднем дугласовом пространстве удается прощупать послед.

При прогрессирующей внематочной беременности во II ее половине врач отчетливо выслушивает сердцебиение плода и нередко ощущает его толчки. Исследованием через влагалище иногда удается определить отдельно матку от опухоли. При зондировании отмечается небольшая полость матки. Значительную помощь в распознавании оказывает рентгенография с одновременным наполнением полости матки контрастной массой. К концу беременности плодовместилище занимает большую часть брюшной полости, причем матка определяется отдельно. Однако в ряде случаев обособленного плодовместилища не имеется, плод свободно лежит в брюшной полости и через брюшную стенку прощупываются его отдельные части. В этих случаях плодный мешок является импровизированным (вторичным), образованным за счет ложных оболочек и сращений в результате реактивного раздражения брюшины с прилежащими петлями кишечника и сальника. Развитие плода при свободном его нахождении в брюшной полости представляет серьезную угрозу для здоровья и жизни женщины, к тому же часто наблюдаются пороки развития плода и сращение его тела с окружающими органами и брюшиной.

Несвоевременное и неправильное оказание хирургической помощи может повлечь за собой угрозу жизни женщины и плода.

При донашивании брюшной беременности возникают родовые схватки, плодовместилище разрывается, и может наступить массивное внутреннее кровотечение, опасное для жизни женщины, плод, как правило, погибает. Если кровотечение не смертельно, то больная медленно поправляется, в дальнейшем может образоваться так называемый окаменелый плод, иногда, даже через длительный промежуток времени, плод может инфицироваться, в результате чего возникает септический процесс с угрозой развития перитонита.

Если в первые месяцы развития внематочной беременности тактика врача ясна, то во II половине при живом плоде у врача, естественно, могут возникнуть колебания в отношении образа действий: следует ли вмешиваться активно тотчас же, как только установлен диагноз, или же необходимо повременить, дождавшись срока, дающего шансы на выживание плода во внеутробной жизни.

При брюшной беременности шансы на рождение живого полноценного ребенка и особенно на его выживание проблематичны, а опасность для жизни женщины велика. Поэтому хирургическое вмешательство должно быть безотлагательным, как только установлен диагноз. При операции следует пользоваться брюшно-стеночным путем, который обеспечивает хирургу наиболее благоприятные возможности для осмотра брюшной полости и значительно облегчает технику самой операции. При благоприятных условиях должны проводить полное удаление плодовместилища. Намеренное оставление плодного мешка сшиванием его в брюшную рану производить не следует.

При свободном нахождении плода в брюшной полости и прикреплении плаценты к кишечнику или к печени либо к селезенке хирург, во избежание смертельного кровотечения, не должен отделять детское место. В этих случаях трудно бывает провести лигирование сосудов из-за имеющейся широкой системы васкуляризации.

Удаление плодместилища (плод) в инфицированных случаях должно сопровождаться обязательным дренированием через задний свод влагалища с одновременным вливанием в брюшную полость антибиотиков.

Только в отдельных случаях, при ясно выраженном расположении плодместилища в заднем дугласовом пространстве, может быть использован влагалищный путь — задняя кольпотомия. При наступившей самостоятельной элиминации частей плода через прямую кишку, что крайне неблагоприятно в отношении прогноза, этот путь может быть использован для удаления остатков плода.

Предисловие (И. М. Старовойтов)	3
Физиопсихопрофилактика в акушерстве. (А. А. Лебедев)	5
Токсикозы беременных (А. И. Николаев)	30
Резус-фактор и его значение в акушерстве (Л. В. Тимошенко)	65
Неправильное положение и предлежание плода (И. М. Старовойтов)	85
Аномалии строения женского таза (В. М. Шкляревич)	128
Переношенная беременность (П. И. Касько)	145
Многоплодная беременность (К. П. Пухальская)	152
Беременность и роды при тазовых предлежаниях плода (С. Ф. Автохович)	158
Аномалии родовых сил (Л. В. Тимошенко)	173
Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах (И. М. Старовойтов)	198
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (В. Р. Линкевич)	229
Кровотечение при предлежании плаценты (К. Н. Савотеев)	240
Кровотечение при травматических повреждениях женских половых органов (П. Н. Сержанин)	252
Разрывы матки (П. Н. Сержанин)	264
Беременность и опухоли женских половых органов (Е. В. Трушников)	283
Реанимация поворожденных (Н. С. Бакшеев)	296
Аборт (В. Т. Каминская)	323
Прерывание беременности в поздние сроки (И. М. Старовойтов)	347
Пузырный занос (Н. Ф. Ласица)	357
Внематочная беременность (И. И. Яковлев)	361

УДК 618.2-084

Лебедев А. А.

Физиопсихопрофилактика в акушерстве. «Пособие по акушерству для практических врачей». Минск, «Беларусь», 1968, стр. 5—29.

Описана методика подготовки беременной к родам, объясняется механизм воздействия физических упражнений на мать и плод. Приведены схемы физических упражнений.

УДК 618.3-008.6

Николаев А. И.

Токсикозы беременных. «Пособие по акушерству для практических врачей». Минск, «Беларусь», 1968, стр. 30—64.

Приведены сведения об этиологии и патогенезе ранних и поздних токсикозов беременных. Даны советы по их профилактике и лечению.

УДК 616.15-053.31

Тимошенко Л. В.

Резус-фактор и его значение в акушерстве. «Пособие по акушерству для практических врачей». Минск, «Беларусь», 1968, стр. 65—84.

Изложены современные взгляды о резус-факторе и его значении в акушерской патологии. Описаны клинические формы гемолитической болезни, обусловленной несовместимостью крови, профилактика и лечение беременных и новорожденных.

УДК 618.532

Старовойтов И. М.

Неправильное положение и предлежание плода. «Пособие по акушерству для практических врачей». Минск, «Беларусь», 1968, стр. 85—127.

Описаны диагностика, механизм родов, профилактика, осложнения и помощь при отклонениях от нормального положения плода и разгибательных вставлениях головки.

УДК 618.52

Шкляревич В. М.

Аномалии строения женского таза. «Пособие по акушерству для практических врачей». Минск, «Беларусь», 1968, стр. 128—144.

Описаны различные виды сужения таза, особенности клинического течения родов, ведение их, а также акушерские пособия и операции.

УДК 618.398

Касько П. И.

Переносимая беременность. «Пособие по акушерству для практических врачей». Минск, «Беларусь», 1968, стр. 145—151.

Изложены вопросы диагностики, особенности течения родов и возможные осложнения для матери и ребенка при перенашивании беременности. Даны советы по ведению родов и оказанию помощи.

УДК 618.25

Пухальская К. П.

Многоплодная беременность. «Пособие по акушерству для практических врачей». Минск, «Беларусь», 1968, стр. 152—157.

На основании изучения клинического течения беременности и родов при многоплодии даны советы по ее диагностике, рассматриваются возможные осложнения и виды помощи в родах.

УДК 618.532.6

Автюкович С. Ф.

Беременность и роды при тазовых предлежаниях плода. «Пособие по акушерству для практических врачей». Минск, «Беларусь», 1968, стр. 158—172.

Уделено внимание механизму родов при тазовых предлежаниях и видам помощи в родах. Изложены вопросы профилактики, указаны приемы, облегчающие установление плода в головное предлежание.

УДК 618.5-089.888.16

Тимошенко Л. В.

Аномалии родовых сил. «Пособие по акушерству для практических врачей». Минск, «Беларусь», 1968, стр. 173—197.

Описаны важнейшие осложнения и на основании большого личного опыта автора даны советы по диагностике и ведению родов.

УДК 618.56-095.1

Старовойтов И. М.

Кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах. «Пособие по акушерству для практических врачей». Минск, «Беларусь», 1968, стр. 198—228.

Изложены вопросы диагностики, патогенеза кровотечения, профилактики и оказания помощи. Подчеркивается значение нарушений свертывания крови, даны рекомендации по применению ряда медикаментозных средств для остановки кровотечения, а также указано назначение восполнения кровопотери.

УДК 618.56-007.281

Линкевич В. Р.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. «Пособие по акушерству для практических врачей». Минск, «Беларусь», 1968, стр. 229—239.

Изложены вопросы диагностики, патогенеза и даны практические советы по ведению родов при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.

УДК 618.35

Саватеев К. Н.

Кровотечение при предлежании плаценты. «Пособие по акушерству для практических врачей». Минск, «Беларусь», 1968, стр. 240—251.

На основании литературных данных и личных наблюдений автора изложены вопросы диагностики предлежания плаценты, даны советы по ведению родов при этой патологии.

УДК 618.1-001

Сержанин П. Н.

Кровотечение при травматических повреждениях женских половых органов. «Пособие по акушерству для практических врачей». Минск, «Беларусь», 1968, стр. 252—263.

Описаны виды разрывов женских половых органов, их распознавание и даны указания по профилактике и лечению.

УДК 618.14-001.5

Сержанин П. Н.

Разрывы матки. «Пособие по акушерству для практических врачей». Минск, «Беларусь», 1968, стр. 264—282.

Освещены вопросы этиологии, патогенеза разрывов матки во время беременности и родов. Даны ценные советы по диагностике, профилактике, а также при угрожающих и совершившихся разрывах матки.

УДК 618.14-006 + 618.2

Трушникова Е. В.

Беременность и опухоли женских половых органов. «Пособие по акушерству для практических врачей». Минск, «Беларусь», 1968, стр. 283—295.

Даны ценные советы по ведению беременности и родов при опухолях половых органов.

УДК 616-001.8-053.3

Бакшеев Н. С.

Резанимация новорожденных. «Пособие по акушерству для практических врачей». Минск, «Беларусь», 1968, стр. 296—322.

Изложена тактика оказания помощи при асфиксии новорожденных. При этом подчеркивается основное значение аппаратного искусственного дыхания, объективно оцениваются и другие приемы оживления новорожденных.

УДК 618.39

Каминская В. Т.

Аборт (выкидыш). «Пособие по акушерству для практических врачей». Минск, «Беларусь», 1968, стр. 323—346.

Приведены этиология, патогенез, классификации выкидышей. Описано клиническое их течение, указаны осложнения. Даны ценные советы по профилактике и ведению выкидыша, а также по лечению больных при этом осложнении беременности.

УДК 618.39

Старовойтов И. М.

Прерывание беременности в поздние сроки. «Пособие по акушерству для практических врачей». Минск, «Беларусь», 1968, стр. 347—356.

Описаны применяемые способы прерывания беременности в поздние сроки и даны советы о их выборе с учетом состояния беременной женщины.

УДК 618.3

Лясица Н. Ф.

Пузырный занос. «Пособие по акушерству для практических врачей». Минск, «Беларусь», 1968, стр. 357—360.

Описаны патогенез, клиника, диагностика и лечение пузырного заноса.

УДК 618.31

Яковлев И. И.

Внематочная беременность. «Пособие по акушерству для практических врачей». Минск, «Беларусь», 1968, стр. 361—379.

Поскольку встречается много форм и особенно разнообразно клиническое течение внематочной беременности, подробно описаны дифференциальная диагностика и осложнения внематочной беременности.