

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. М. Л. Выдрик)
Белорусского мединститута.

Эклампсия по материалам акушерско-гинекологической клиники Белорусского медицинского института за 11 лет (1925—36).

Г. Л. Дозорцева и Х. В. Кейлина.

Вопрос об эклампсии обсуждается многими авторами на протяжении ряда лет и сейчас еще не сходит со страниц печати. Существуют различные теории патогенеза этого заболевания, теория фетального обмена; плацентарная теория, основанная на включении плаценты в систему эндокринных желез; теория дисфункции эндокринной системы, вызывающей нарушение клеточного обмена (Архангельский); гипотеза о связи эклампсии с расстройством внутренней секреции эндокринных желез, главным образом, задней доли гипофиза и щитовидной железы (Кюстнер, Хайм и др.) — цитировано по Груздеву).

Более обширная литература посвящена лечению эклампсии.

Нами разработан материал акушерско-гинекологической клиники Белорусского государственного медицинского института за 11 лет (1925—1936 г.). За это время по нашей клинике прошло 73 больных эклампсией.

Приведем число этих больных по годам: в 1925 — 1, в 1926 — 3, 1927 — 2, 1928 — 6, 1929 — 5, 1930 — 3, 1931 — 2, 1932 — 2, 1933 — 8, 1934 — 11, 1935 — 16, 1936 — 14. Итого 73.

По годам же процентное отношение эклампсии к количеству родов представлено в следующей таблице.

Год	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	Итого
Колич. родов	682	783	857	887	721	773	732	672	1326	1507	1905	2626	13491
Проц. эклампсии.	0,1	0,3	0,2	0,6	0,6	0,4	0,4	0,3	0,6	0,7	0,8	0,5	0,5

За весь этот период через клинику прошло 13491 родов; процент эклампсии по отношению к этому количеству родов составляет 0,5.

Следовательно наши цифры совпадают с данными Москвы, Узбекистана и несколько ниже данных Ленинграда и Хабаровска.

Возрастной состав наших больных следующий: от 16 до 20 лет — 22 больных, что составляет 30,1%, от 21 до 25 лет — 35 (47,9%), от 26 до 30 лет — 12 (16,4%), от 31 до 35 лет — 2 (2,7%), от 36 до 40 лет — 1 (1,3%), от 41 до 45 лет — 1 (1,3%).

Таким образом, мы видим, что наибольшее количество эклампсии падает на возраст от 21 до 25 лет — 47,9%, затем от 16 до 20 лет — 30,1%. По нашему материалу, чем старше больная, тем меньше она подвергается заболеванию эклампсией. Эти данные совпа-

дают с данными других авторов по этому вопросу. Нас интересовало, в какие месяцы наиболее часто возникает эклампсия; об этом свидетельствует следующая таблица.

Месяцы	Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	Итого
Количество	12	4	8	7	5	5	6	4	6	6	6	4	73
Проц. к итогу	16,4	5,4	10,9	9,0	6,9	6,9	8,2	5,4	8,2	8,2	8,2	5,4	-

По нашему материалу эклампсия преобладает в январе — 16,4% и марте — 10,9.

В четырех случаях при второй беременности эклампсии предшествовал самопроизвольный аборт 2 раза и 2 раза искусственный аборт. В одном случае при вторых родах была повторная эклампсия. Таким образом, у нас повторная эклампсия наблюдалась в 1,3%. Повторная эклампсия вообще редко наблюдается — по Штекелю около 2%. Подавляющее число случаев эклампсии у нас дали первобеременные — 83,5%.

Весь наш материал мы разделили на три группы по времени появления эклампсии: эклампсия во время беременности, эклампсия в родах и эклампсия послеродовая.

При отсутствии родовой деятельности у нас было 16 случаев, из них 1 при 8-месячной беременности, 1 при 7-месячной, и 1 — при беременности 6-ти с половиной месяцев, остальные при доношенной беременности. В родах было 44 случая, из них начались припадки при одном пальце открытия в 13 случаях, при двух пальцах в 9 случаях, при трех пальцах в 6, при четырех пальцах в 3, полное открытие в 13 случаях. Эклампсия в периоде изгнания в трех случаях. Послеродовая эклампсия — в 13, из них в 11-ти случаях эклампсия, начавшаяся в родах, продолжалась и после родов.

Как видим, чаще всего припадки эклампсии наблюдались в родах, в 44 случаях — 60,2%; послеродовая эклампсия наблюдалась в 17,8%.

При 70 родах (одна выписалась, не разрешившись, но потом поступила в роды, которые прошли нормально) родилось 70 детей. Судьба их такова: 14 родилось в асфиксии, причем 12 оживлены, двое неживленных падают на две двойни, мертвых 15. Вес доношенных живых детей колеблется от 3000 до 3500 грамм. Роды двойнями были в 6 случаях; таким образом одноплодную беременность мы имели в 91,7%; многоплодную в 8,3%.

К явлениям, нередко предшествующим эклампсии, нужно отнести изменения со стороны мочи, кровяного давления, появления отеков и головных болей. При поступлении очень редко удавалось узнать, какова была моча во время беременности, так как подавляющее большинство наших больных не посещало консультации и не имело анализов исследования мочи. При поступлении больных в клинику исследование мочи их показало следующее: сплошной белок в 6 случаях, 0,33% — 2 случая, 1,75% — 3 случая, 2 — 21% — 1 случай, 3,3% — 4 случая, 4,95% — 2 случая, 6,6% — 3,13% — 1,20% —

1,26⁰/₀₀—1, в 9 случаях белок отсутствовал. Эритроцитов от 10 до 15—3 случая, от 5 до 6—8, от 1 до 2—8, от 15 до 20—3, зернистые цилиндры—5 случаев, гиалиновые—5, зернисто гиалиновые—4, лейкоциты встретились в 3 случаях, почечный эпителий в 3, сахар в 3, индикан в 1, уробилин в 2, соли в 8 случаях. Удельный вес мочи колебался от 1014 до 1021, причем количество мочи во многих случаях не превышало в порции 100 грамм, наивысшую границу белка мы имели—только в одном случае—26⁰/₀₀.

Что касается отеков, то на нашем материале мы их наблюдали в небольшом проценте случаев, в противоположность наблюдениям некоторых авторов. Что касается кровяного давления, то максимум кровяного давления мы имели 200 м/м, минимум 125—130, причем кровяное давление понижалось в среднем на 40 м/м к выписке; нужно отметить, что у некоторых больных при выписке с хорошим самочувствием кровяное давление оставалось повышенным в сравнении с нормой; в клинике кровяное давление у больных измерялось несколько раз.

Очень часто наши больные, поступившие в сознании, отмечали у себя за последние 2—3 недели до поступления головные боли. Расстройство зрения нами наблюдалось в 21⁰/₀; окулистами установлен в 11⁰/₀ отек соска зрительного нерва, а в остальных случаях при расстройстве зрения изменения ими не обнаружены.

Если обратить внимание на количество припадков, то у нас наблюдалось от 1 до 5 припадков 10 случаев (13,7⁰/₀), от 10 до 15—8 случаев (10,9⁰/₀), от 16 до 20 припадков—4 случая (5,5⁰/₀). В одном случае было 38 припадков (1,3⁰/₀). 8,4⁰/₀ больных доставлены в бессознательном состоянии и без припадков, причем тяжесть случая не всегда можно увязать с количеством припадков: так, у нас наблюдались случаи смертей при 4—8—10 припадках, в то время, когда в одном случае при 38 припадках больная с заболеванием эклампсией справилась; приходится отметить, что тяжесть эклампсии надо измерять не только по количеству припадков, но и по их силе. По силе припадков у нас наблюдалось: тяжелых случаев 31⁰/₀, средней тяжести 43⁰/₀ и легких 26⁰/₀.

В лечении эклампсии в настоящее время существуют три метода: активный, консервативный и смешанный. Наша клиника в лечении больных эклампсией придерживалась смешанной терапии, строго индивидуализируя каждый случай. Большей частью мы начинали с консервативной терапии по схеме Строганова, но при угрожающем состоянии переходили к активным методам родоразрешения. Исключительно по схеме Строганова нами проведены 13 случаев; метод Строганова и кровопускание—в 17 случаях (до последних 3 лет кровопускание нами проводилось при высоком кровяном давлении, причем количество выпускаемой крови колебалось от 300 до 500 грм., за последнее время мы увеличили количество выпускаемой крови и до 900 грм.) В четырех случаях нами проводилось лечение эклампсии только кровопусканием; в двух случаях прерван плодный пузырь—и кровопускание. В 17 случаях применялось лечение эклампсии по методу Строганова плюс следующая активная терапия: в 6 случаях щипцы, в 2—метреириз и поворот на ножку,

В 2—кровопускание и щипцы, в 1 случае — перфорация головки, — поворот по Бракстон — Гиксу, в 2 — кесарево сечение, в 1—крово-
пускание, метреириз и перфорация головки, в 1—кровопускание и кеса-
рево сечение и в 1—лечение серно-кислой магнезией внутримышеч-
но и щипцы.

Чисто активная терапия применена нами в виде кесарева сечения у 7 больных, а всего кесарево сечение при эклампсии нами было произведено 10 раз. К этой операции мы прибегали в тех случаях, когда консервативные методы (кровопускание, наркотические вещества) не давали результатов, или состояние больной ухудшалось, припадки учащались при отсутствии или начале родовой деятельности. У первородящих кесарево сечение было произведено в 8 случаях; у повторно-родящих — в 2. У 4 первородящих совсем отсутствовала родовая деятельность, у 4 было начало родовой деятельности. У двух был амауроз. Все больные до операции были в довольно тяжелом состоянии. У одной после операции было 4 припадка, у остальных после операции припадки не повторялись. Из повторно-родящих одна уже подверглась кесарскому сечению 3 года тому назад, тоже по поводу эклампсии. Все беременности были доношен-
ные, кроме одной 8-месячной. Детей извлечено 12 (2 двойни); почти все дети родились в асфиксии; трое детей мертвых (по одному из двойни и один при 8-месячной беременности).

В 6 случаях нами проведено лечение серно-кислой магнезией, причем употреблялся 25% раствор и впрыскивалось интрамуску-
лярно по 20 грамм, причем если кровяное давление через 4 часа после впрыскивания не падало, впрыскивание повторялось; за сутки вводилось в организм не больше 90—100 г указанного раствора. В одном случае сернокислая магнезия применялась при эклампсии во время беременности, в 4—при э. родовой и в 1—при э. после-
родовой. В случае эклампсии беременной сернокислая магнезия всприснута была 2 раза по 20 грамм, припадки прекратились, сознание вернулось и больная выписалась с сохранившейся беременностью. В 3 случаях родовой эклампсии магнезия всприснута была до 4 раз, причем кровяное давление у этих больных было 165—180—140—135, были сильные головные боли, отеки ног. После инъекции кровяное давление понизилось до 120 максимум, минимум 80, сознание вернулось, и роды прошли нормально.

На 73 случая эклампсии умерло 7 больных, что составляет 9,5%, из них одна больная, доставленная в коматозном состоянии, умерла через полчаса, не разрешившись. Из опроса сопровождающих выяснилось, что за последние 2 месяца отеки были на ногах, за последние две недели отеки живота, лица и ног. Второй случай: эклампсия родовая (однойцевая двойня). Лечение по схеме Сироганова, больная умерла на 12-й день от катаральной пневмонии. Третий случай—больная 20 лет, первые роды, температура 36,8°, пульс 120, было 20 припадков, в сознание не приходила. Лечение по Сироганову и щипцы. Умерла на 3-й день при застойных явлениях в легких, не приходя в сознание. На аутопсии типичная картина эклампсии. Четвертый случай — эклампсия в родах; дома было 4 припадка, доставлена в бессознательном состоянии. Смерть в родах — щипцы на мертвой, мертвый плод и ручное отделение последа. Пятый случай—больная, 25 лет, доставлена через 18 часов после первого припадка в бессознательном состоянии, кровяное давление максимум 130, при кипячении мочи—сплошной белок, припадков нет. Сделана венопункция, выпущено 400 см³ крови, метреириз, перфорация головки, сердечные средства. Смерть через 15

часов после поступления. Аутопсия: венозное полнокровие обоих легких, дилатация правого сердца, гипертрофия левого желудочка, паренхиматозное перерождение сердца, печени, мелкие капиллярные кровоизлияния под капсулу печени. Шестой случай — больная, 25 лет, доставлена в тяжелом состоянии, кровяное давление 155/108, было 4 припадка, произведено кесарево сечение; смерть через 36 часов. Седьмой случай — больная 40 лет; эклампсия в родах, беременность 37—38 недель. Мертвый плод, лечение серно-кислой магнезией и поворот на ножку. На 6-й день смерть при явлениях отека легких.

Борьба с эклампсией, поражающей женщин в молодом, цветущем возрасте, дающей и до сего дня большую смертность, является актуальной задачей.

Эта борьба должна сводиться к профилактике. Последняя должна начинаться с первых же дней посещения беременной консультации; у беременной наряду с ее взвешиванием, измерением таза и обследованием общего состояния должна быть исследована моча, кровяное давление. Особенное внимание должно быть обращено на отеки, — при значительном прибавлении веса, головной боли тут же должны быть приняты меры в виде назначения покоя, соответствующей диеты, а в случаях, неподдающихся лечению в консультации, больные обязательно должны быть направлены в палаты беременных при родильных домах.

Наш небольшой материал приводит нас к следующим выводам:

1. Борьба с эклампсией должна проводиться в стенах консультации широкой, ранней профилактикой.
2. Прибавка веса больной, появление отеков, наличие белка в моче обязывает врача консультации назначать больным соответствующую диету и выделить в диетстоловых соответствующий стол для подобных беременных.
3. Должна быть тесная связь консультации с роддомами.
4. В роддомах должны быть палаты беременных и соответствующие изолированные помещения для экламптичек.

Поступила в ред. 7. X. 1937.

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. М. Л. Выдрин).
Белорусского мед. ин-та.

Лечение эклампсии сернокислой магнезией.

М. А. Рапопорт.

Ряд сообщений, появившихся в последнее время в нашей литературе, указывает на благоприятные результаты при лечении эклампсии сернокислой магнезией (Бровкин, Попов, Аловский, Строганов, Черток, Майзель).

Этот метод лечения был в нашей клинике применен в нескольких случаях в 1935 году, а с октября 1936 года все наблюдавшиеся случаи эклампсии подверглись лечению сернокислой магнезией.

Исключив при лечении эклампсии морфий, хлоралгидрат и хлороформ, применяя сернокислую магнезию часто в комбинации