

фоне других симптомов токсикоза, в частности высокого АД (В. П. Бровкин, С. М. Беккер, Г. М. Салганик и др.). С другой стороны, имеются указания, что приступ эклампсии может появиться и без предшествующих симптомов токсикоза (Д. Ф. Чеботарев, 1956; М. С. Соловьева, 1967, и др.).

Есть основания предполагать, что механизм формирования приступа судорог в этих случаях различен. При тяжелых формах токсикоза приступ возникает на фоне отека мозга, а в легких — на фоне спазма сосудов. В частности Г. Ф. Ланг (1952), Д. Ф. Чеботарев (1956) высказывают мнение, что приступ судорог может быть вызван даже одним резким спазмом сосудов мозга и обусловленной этим спазмом гипоксией.

Большое практическое значение имеет вопрос, на фоне какого уровня АД возникает приступ эклампсии, изменяется ли оно во время приступа и возможен ли приступ без повышения давления. Однако решение этого вопроса представляет значительные трудности. Во-первых, потому, что от момента измерения до возникновения приступа, как правило, проходит от одного до нескольких часов, а АД за это время может многократно изменяться. Во-вторых, АД во время самого приступа технически трудно измерить, по окончании же приступа оно, вероятно, уменьшается.

Работами ряда авторов (С. М. Беккер, Н. И. Туроверова, Р. Г. Бакиева и др.) показана чрезвычайная лабильность АД у беременных, страдающих поздним токсикозом. Наши исследования (Р. Г. Бакиева и И. И. Фрейдлин) показали, что при позднем токсикозе наблюдается «синдром лабильности» АД, который может быть выявлен при повторных измерениях АД на той же плечевой артерии, при одномоментном измерении давления на обеих руках (асимметрия давления) и при перемене положения тела (ортостатическая разница). Применяя ганглиолитик пентамин для лечения 200 больных поздним токсикозом, у 10 из которых были приступы эклампсии, мы систематически измеряли у них АД каждые 15—30—60 мин. При этом удалось установить, что вне зависимости от исходного уровня АД перед приступом оно быстро и резко поднималось на 30—40 мм в течение 10—15 мин. Даже если за 10—15 мин. до приступа АД было нормальным или незначительно повышенным, оно сразу же после приступа (измерение во время самого приступа технически, как правило, невозможно) оказывалось на 30—40 мм выше, чем при предыдущем исследовании. Можно полагать, что такая лабильность АД отражает лабильность сосудистого тонуса головного мозга.

При оценке значения уровня АД в возникновении приступа эклампсических судорог необходимо также учитывать следующее. Как известно, уровень АД отражает (при отсутствии изменений со стороны сердца) состояние сосудистого тонуса (В. Н. Черниговский, 1961; Н. А. Макаренко, 1961, и др.). Однако в настоящее время известно, что состояние сосудистого тонуса в различных частях человеческого тела может быть неодинаковым. В частности, признается существование регионарной гипертонии (Г. Ф. Чеботарев, 1956, и др.). Поэтому повышение тонуса сосудов плечевой области не всегда означает повышение тонуса сосудов мозга и, следовательно, не во всех случаях измерение АД на плечевой артерии позволяет судить о состоянии тонуса сосудов мозга, от которого в конечном счете зависит возникновение приступа судорог. Более точным в этом отношении является измерение височного давления (А. Я. Братушик, 1961, и др.) или применение других способов, позволяющих судить о тонусе сосудов головного мозга.

Приведенные литературные данные и собственные наблюдения позволяют предположить, что для появления эклампсического приступа имеет значение не абсолютная величина АД, а наличие лабильности сосудистого тонуса. Нередко на фоне тяжелых форм позднего токсикоза, когда АД либо не нарастает, либо нарастает очень медленно, приступы судорог не возникают. Вероятно, в этих случаях медленное развитие спастического состояния сосудов мозга ведет к адаптации мозговой ткани к гипоксии. Если исходное АД невелико, но лабильно, то спровоцированные различными физическими и психическими факторами спазмы сосудов (что, в частности, выражается в быстром и резком подъеме АД) ведут к резкой и внезапной гипоксии мозговой ткани, обуславливая приступ судорог, что нередко для врача является «громом с ясного неба».

УДК 618.39

О МЕТОДАХ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА ПОЗДНИХ СРОКАХ ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ

С. В. Бинемсон

Роддом № 24 г. Москвы (главврач — М. С. Двоскина)

Нами проанализирован материал о прерывании беременности на поздних сроках (до 28 недель) у 1140 женщин, в том числе по родильному дому № 24 г. Москвы за 8 лет (с 1953 по 1960 гг.) — у 295 и другим родильным домам г. Москвы за 2 года (1961 и 1962 гг.) — у 845. Кроме того, изучены литературные данные начиная с 1898 г. по метрейризу и с 1923—1925 гг. по другим методам (9429 наблюдений). Таким обра-

зом, нами обработан материал, охватывающий 10 569 прерываний беременности на поздних сроках. Метод заоболочечного вливания был применен 5974 раза, метрейриз — 944, абдоминальное кесарево сечение — 1385 и влагалищное кесарево сечение — 2266 раз, в том числе в родильных домах г. Москвы за 2 года (1961—1962) соответственно 605, 137, 85 и 18 раз, в родильном доме № 24 г. Москвы за 8 лет — 231, 61 и 3 раза. Таким образом, в роддомах Москвы основным методом прерывания беременности являлось заоболочечное вливание.

Чаще всего вливали раствор риванола (в 76%). Гипертонический раствор NaCl был использован в 21%, другие (физиологический, раствор новокаина) — в 3%.

В родильных домах г. Москвы в 1961 и 1962 гг. раствор риванола применялся в 95% (в основном в концентрации 1:5000; 1:4000; 1:2000).

При заоболочечном вливании осложнения возникли в $24,6 \pm 0,55\%$, из них тяжелые — в $0,7 \pm 0,1\%$, септические заболевания в послеабортном периоде — в $0,25 \pm 0,07\%$. Материнская смертность составила $0,45 \pm 0,07\%$.

Тяжелые осложнения в виде явлений интоксикации связаны либо с осуществлением вливаний за оболочки при наличии противопоказаний (серьезное заболевание беременной в момент вливаний, перенесенные ранее заболевания почек или других внутренних органов, а также недавно перенесенные тяжелые заболевания центральной нервной системы: травматические или др.), либо с применением высококонцентрированных растворов риванола (1:1000), либо вследствие неправильной техники введения растворов (например, нагнетание растворов под давлением при помощи аппарата Боброва приводило в некоторых случаях к частичной отслойке детского места и попаданию риванола в сосудистое русло). При точном соблюдении необходимых условий явления интоксикации в большинстве случаев можно было предотвратить.

Частота осложнений при введении риванола ниже, чем при введении гипертонического раствора NaCl или других растворов. Так, при введении риванола осложнения наблюдались в $20,5 \pm 0,6\%$, при введении гипертонического раствора NaCl — в $39,6 \pm 1,4\%$, при введении физиологического раствора новокаина и др. — в $24,2 \pm 3,7\%$ (М. М. Миронов, М. Н. Лехтман, Э. М. Каплун и др.).

Летальные исходы при прерывании беременности мы подразделяем на связанные с основными заболеваниями экстрагенитального характера, по поводу которых проводилось прерывание беременности (туберкулез, заболевания сердца и др.), и на связанные непосредственно с абортom.

Всего летальных исходов на 5974 заоболочечных вливания было 27 (0,45%), из них 10 были связаны с основным заболеванием и 17 — с абортom.

На первом месте среди экстрагенитальных заболеваний, явившихся причиной смерти, были сердечные (50%).

Из 17 женщин, у которых летальные исходы были связаны с операцией, 9 погибли от сепсиса, 2 — от перитонита, 2 — от эклампсии, 3 — от почечно-печеночной недостаточности и 1 — от пневмонии.

По г. Москве материнская смертность составила 0,24% (2 летальных исхода на 836 заоболочечных вливаний).

Для заоболочечного вливания следует применять растворы, обладающие бактерицидным действием. Лучшие результаты дает риванол. Однако высокие концентрации (1:1000) применять нельзя, так как они могут вызвать осложнения.

Количество раствора должно соответствовать сроку беременности (не выше 500—600 мл); вливания (не более двух) надо проводить через короткие промежутки времени (1—2 дня). При наличии какого-нибудь осложнения после первого вливания (изменения со стороны мочи, повышение температуры, ознобы и др.) повторное отменяется.

Раствор для заоболочечного вливания нельзя вводить под давлением.

При применении метрейриза количество осложнений составило по суммарному материалу на 944 операции $40,2 \pm 1,58\%$, материнская смертность — $1,27 \pm 0,36\%$ (12 летальных исходов, 6 женщин погибли от экстрагенитальных заболеваний и 6 — в связи с операцией).

В роддомах Москвы на 198 применений метрейриза количество осложнений составило $50 \pm 3,5\%$, материнская смертность — $1,5 \pm 0,8\%$.

Средняя продолжительность пребывания метрейринтера в матке — 19 часов.

По литературным данным метрейринтер вводился однократно у 380 женщин (75,8%), по 2 раза и более — у 121 (24,2%) (Л. Д. Заяц, И. М. Старовойтов и др.).

В родильных домах г. Москвы в 1961—1962 гг. повторное введение метрейринтера было осуществлено у 26 женщин (19%).

По литературным данным дополнительные вмешательства были применены в 61,1%, в родильном доме № 24 — в 100%. Для тех случаев, когда открытие шейки после удаления метрейринтера не превышало одного пальца, нами был предложен так называемый «двухмоментный поворот», который заключается в том, что после вскрытия плодного пузыря при раскрытии шейки на 1 палец производится поворот и низведение стопы до уровня внутреннего зева, так как низвести одним пальцем ножку через цервикальный канал за область наружного зева не удается. Затем, после обнажения шейки зеркалами, низведенная стопа захватывается абортангом за пальчики и выводится за область наружных половых органов. Она берется на петлю, и к ней подвешивается груз в 500—600 г. Обычно после поворота вскоре появляются схватки, которые усиливаются назначением повторной стимуляции, и плод рождается самостоя-

тельно. Применение двухмоментного поворота избавляет нас от повторного расширения шейки матки и повторного введения метрейринтера, которые удлиняют продолжительность операции и способствуют возникновению инфекции.

При применении влагалищного кесарева сечения на 2266 операций количество осложнений составило $17,9 \pm 0,8\%$, материнская смертность — $0,44 \pm 0,14\%$. Влагалищное кесарево сечение в $81,5\%$ производили по способу Лейбчика. В Москве в большинстве случаев применялась предложенная З. Я. Гендоном модификация этого способа. Летальных исходов было 10 ($0,44\%$): от экстрагенитальных заболеваний — 6, в связи с беременностью и операцией — 4. Хотя при этом методе процент смертности и осложнений по сравнению с другими небольшой, однако он также небезопасен, так как дает тяжелые осложнения — разрывы матки, ранения мочевого пузыря, кровотечения вследствие надрыва краев раны и др.

Противопоказаниями к применению влагалищного кесарева сечения должны служить рубцовые изменения шейки матки, ригидность шейки, профузные маточные кровотечения на почве предлежания детского места или преждевременной отслойки его, затрудняющие доступ через влагалище, воспалительные заболевания влагалища, шейки матки и др., а также тяжелые заболевания сердца с нарушением кровообращения.

При прерывании беременности методом абдоминального малого кесарева сечения (1385 операций) осложнения составляли $22,7 \pm 1,12\%$, материнская смертность — $1,58 \pm 0,33\%$.

Летальных исходов было 22: 16 ($1,24\%$) — от экстрагенитальных заболеваний и 6 ($0,46\%$) — в связи с операцией.

Сравнивая результаты прерывания беременности на поздних сроках различными методами, мы можем отметить следующее.

Материнская смертность наиболее низка при влагалищном кесаревом сечении и заоболочечном вливании (соответственно $0,44 \pm 0,14$ и $0,45 \pm 0,07\%$; в частности при вливании риванола — $0,42 \pm 0,09\%$) и выше всего — при абдоминальном малом кесаревом сечении ($1,58 \pm 0,33\%$). Среди причин смертности в связи с операцией на первом месте при заоболочечном вливании и малом кесаревом сечении стоят сепсис и перитонит.

Количество осложнений как во время операции, так и в послеоперационном периоде выше всего при метрейризе — $0,2 \pm 1,58\%$ (при заоболочечном вливании — $24,6 \pm 0,55$, при малом кесаревом сечении — $22,7 \pm 1,12$, при влагалищном кесаревом сечении — $17,9 \pm 0,08\%$).

ВЫВОДЫ

1. Прерывание беременности на поздних сроках должно осуществляться, как правильно, консервативными методами (заоболочечным вливанием и метрейризмом) или комбинированными (заоболочечным вливанием с последующим метрейризмом или другими дополнительными вмешательствами — низведением ножки, поворотом, наложением кожно-головных щипцов и др.).

2. Заоболочечное вливание является наиболее простым и эффективным методом прерывания беременности на поздних сроках, особенно в первой и в начале второй половины беременности. Оно дает минимальную смертность и небольшое количество осложнений.

3. Метод метрейриза является довольно эффективным при больших сроках беременности, особенно во второй ее половине — от 24 недель и выше. Метрейриз также может применяться лишь при строгом учете противопоказаний.

4. Во всех срочных случаях, при тяжелых заболеваниях женщины показано влагалищное кесарево сечение или абдоминальное малое кесарево сечение.

5. Операция влагалищного кесарева сечения предпочтительна при тяжелых заболеваниях матери, если нет противопоказаний к доступу со стороны влагалища (патологических изменений шейки матки, профузных маточных кровотечений и др.), а также при противопоказаниях к заоболочечному вливанию или метрейризу. При заболеваниях сердца с нарушением кровообращения следует применять малое кесарево сечение.

6. Абдоминальное малое кесарево сечение дает значительно больший процент осложнений и летальных исходов, чем влагалищное кесарево сечение, и должно применяться лишь при тяжелых заболеваниях матери в экстренных случаях, когда помимо кесарева сечения требуется одновременное проведение стерилизации, при заболеваниях сердца с нарушением кровообращения и противопоказаниях к применению влагалищного кесарева сечения, а также при больших сроках беременности во второй ее половине, когда можно получить живого ребенка.