

4) Метод применим только при доношенной одноплодной беременности, без многоводия, при черепном предлежании плода.

5) Метод нуждается в дальнейшем изучении и усовершенствовании на значительном материале.

Поступила 23 августа 1961 г.

ТЕЧЕНИЕ РОДОВ ПРИ ПОЗДНЕМ ТОКСИКОЗЕ БЕРЕМЕННЫХ

Доц. Р. Г. Бакиева

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. А. Б. Гиллерсон)
Омского медицинского института

Нами изучено течение родов у 336 больных с поздним токсикозом. У 92 больных (в 26,5%) роды оказались преждевременными. Общий же процент преждевременных родов по данному учреждению за это время составил 6,5.

Из осложнений в родах у 69 больных (20,5%) установлено преждевременное или раннее отхождение околоплодных вод.

Частота несвоевременного отхождения околоплодных вод и характерные патологические изменения, установленные при этом разными авторами, заставляют думать о прямой связи с поздним токсикозом.

Быстрые роды у больных с поздним токсикозом наблюдались в 9,7%, затяжные (у повторнородящих свыше 12 часов, у первородящих свыше 24 часов) — в 24,6%. Следовательно, при позднем токсикозе беременных примерно каждые четвертые роды — затяжные. Отрицательное влияние позднего токсикоза на течение родов видно даже из того, что чем тяжелее была клиника токсикоза, тем большей оказалась средняя продолжительность родов, тем меньше процент быстрых родов.

Наклонность к затяжному течению родов при этом осложнении беременности приобретает особую значимость, если учесть прямую связь между продолжительностью родов и ухудшением состояния больных токсикозом в родах. Наши наблюдения показали, что в родах все основные симптомы токсикоза быстро нарастают (АД повышается, давая значительные колебания, диурез снижается, патологические изменения со стороны мочи резко прогрессируют, присоединяются жалобы, свидетельствующие о нарушении мозгового кровообращения и т. п.). Отсюда вполне понятно, почему С. Г. Боярская (1949) ускорение родов рассматривает как метод профилактики тяжелых форм токсикозов.

Общий процент оперативных вмешательств в родах составляет 20,7, в том числе родоразрешающих операций — 15,1% (выходные и полостные щипцы — в 5,1%, акушерский поворот — 0,3%, плодоразрушающие операции — в 2,3%, кесарево сечение — у 25 больных, то есть в 7,4%, причем у 10 больных показанием к нему служила неэффективность консервативной терапии токсикоза).

Кровопотеря в последовом периоде у больных поздним токсикозом до 250 мл наблюдалась в 68,3%, от 251 до 400 мл — 18,6% и свыше 400 мл (до 1200 мл) — в 13,1% случаев. Таким образом, в 31,7% была повышенная кровопотеря. По материалам клиники, процент родов, осложненных кровотечением, за эти годы составляет 3,8. Прямая связь этого осложнения родов с поздним токсикозом наглядно видна из того, что чем тяжелее форма токсикоза, тем большим оказался процент больных с повышенной кровопотерей и тем значительнее была в среднем кровопотеря.

Механизм наклонности к повышенной кровопотере при поздних токсикозах окончательно не выяснен.

На основании наблюдений собственных и других исследователей мы полагаем, что наклонность к затяжным родам и повышенной кровопотере в последовом и раннем послеродовом периодах при позднем токсикозе беременных имеет единый генез, а именно — нарушение сократительной способности маточной мускулатуры в связи с функциональными и органическими изменениями сосудов, питающих миометрий. Кроме того, зная, что роды представляют собой рефлекторный акт, можно полагать, что те нарушения в центральной нервной системе при позднем токсикозе беременных, на которые указывают отдельные авторы (Н. Е. Логинова, Н. В. Кобозева и др.), несомненно, отрицательно влияют на течение родов, вызывая или быстрые роды, или затяжное их течение. Касаясь последнего вопроса, нельзя полностью снять со счета отрицательное влияние на родовую деятельность и сульфата магния, широко применяемого в родах с терапевтической целью. Однако ведущую роль в патологии родового акта, по-видимому, играют функциональные нарушения центральной нервной системы и сосудистого тонуса.

При изучении течения родов у больных поздним токсикозом нами установлена повышенная чувствительность сердечно-сосудистой системы к кровопотере в родах, на что есть указания у отдельных авторов (В. А. Покровский, 1952, В. И. Бодяжина и Л. Л. Чижикова, 1960). Это явление мы объясняем понижением адаптационных

возможностей сердечно-сосудистой системы, нарушением сосудистого тонуса, сосудистой дистонией, которая выражена тем резче, чем тяжелее клиника токсикоза.

Из всех осложнений позднего токсикоза в родах наибольшую опасность представляет острая сердечно-сосудистая недостаточность. С началом родовой деятельности АД (максимальное, минимальное и среднее) значительно повышается. Наименее устойчивым оказалось максимальное АД, более устойчиво минимальное, особенно среднее. У 25 больных (в 7,4%) в последовом и раннем послеродовом периодах наблюдалась острая сердечно-сосудистая недостаточность. Вопросы этиологии, клиники и лечения вазомоторного коллапса при позднем токсикозе беременности освещены нами ранее (Акуш. и гинек., 1959, 4). Наши наблюдения показали, что явления острой сердечно-сосудистой недостаточности у больных поздним токсикозом могут наблюдаться в двух видах: 1) в виде вазомоторного коллапса с резким падением АД и 2) в виде левожелудочковой недостаточности с наклонностью к отеку легких. Последняя форма встречается много реже, чем первая (у 3 из 25), но прогноз при ней значительно серьезнее, чем при вазомоторном коллапсе. Острая сердечно-сосудистая недостаточность установлена чаще при тяжелых формах токсикоза у больных с осложненным течением родов (затяжные роды, оперативные вмешательства, повышенная кровопотеря и т. д.). Однако это осложнение бывает и при умеренной кровопотере и спонтанных родах.

Таким образом, наиболее часты осложнения в родах у больных с поздним токсикозом: преждевременное или раннее отхождение околоплодных вод, слабость родовой деятельности, реже быстрые роды, наклонность к повышенной кровопотере в последовом и раннем послеродовом периодах, повышенная чувствительность к кровопотере, неустойчивость, низкие адаптационные возможности сердечно-сосудистой системы и предрасположение к вазомоторному коллапсу в раннем послеродовом периоде. Эти осложнения в родах наблюдались тем чаще, чем тяжелее клиника токсикоза.

Учитывая вышесказанное, можно рекомендовать следующие профилактические и лечебные мероприятия:

1. Своевременное выявление и лечение легких форм позднего токсикоза. Для точной диагностики ранних проявлений токсикоза, кроме анализа мочи и прибавки веса, необходимо уделить особое внимание нарастанию минимального и среднего АД по сравнению с показателями в первые месяцы беременности, систематически контролировать состояние глазного дна. Большую ценность имеет динамическое наблюдение за капилляроскопической картиной и состоянием капиллярного кровотока. Появление прерывистого тока крови со спазмом, сменяющегося стазом в капиллярах, можно считать ранним проявлением токсикоза.

2. Женской консультации выделять в особую группу беременных, угрожаемых по токсикозу (больные гипертонической болезнью, диабетом, перенесшие органические заболевания печени и почек, страдавшие поздним токсикозом при предыдущих беременностях и родах), и организовывать диспансерное наблюдение за ними с использованием дополнительных методов исследования (измерение среднего артериального, венозного давления, капилляроскопия, определение проницаемости капилляров методами Нестерова, Кончаловского и др.).

3. Ввиду наклонности к слабости родовой деятельности широко и своевременно проводить стимуляцию средствами, не оказывающими гипертензивного действия (кастовое масло, хинин, прозерин, сфериофин и др.). Назначение сернокислой магнезии целесообразно сочетать со стимуляцией родовой деятельности.

4. При тяжелых формах токсикоза для профилактики отека легких и вазомоторного коллапса показано широкое применение сердечных средств (кордиамин, камфара, коргликон, строфантин и др.).

5. Из-за наклонности к повышенной кровопотере и повышенной чувствительности к ней в родах кровопускание во время родов необходимо производить строго по показаниям (при высоком АД, достаточном содержании гемоглобина, при мозговых симптомах или припадках эклампсии, не поддающихся консервативному лечению) под контролем АД. В. И. Бодяжина и Л. Л. Чижилова совершенно обоснованно призывают критически относиться к кровопусканию и приводят ряд убедительных доводов против этого метода лечения.

6. Переливание крови больными поздним токсикозом переносится хорошо и показано при повышенной кровопотере или признаках вазомоторного коллапса.

7. Лечение вазомоторного коллапса должно быть комплексным и варьировать в зависимости от интенсивности и продолжительности падения деятельности сердечно-сосудистой системы. Положительные результаты получены от переливания крови, внутривенных вливаний глюкозы, кордиамина, строфантина, конваллотоксина и ингаляций кислорода. Больным, получившим магниальную терапию по Бровкину, показано внутривенное вливание хлористого кальция (для снятия гипотензивного действия сульфата магния).

8. Женским консультациям необходимо развернуть широкие профилактические мероприятия по предупреждению позднего токсикоза беременных — регулирование питания, режима, общее облучение ртутно-кварцевыми лампами, физическое воспитание беременных, обтирание, душ, периодическое применение некоторых тонизирующих средств (китайский лимонник, моральи корень, жень-шень и др.).

1. Боярская С. Г. Тр. Укр. ин-та усов. врачей, 1949, 1.—2. Бодяжина В. И. и Чижикова Л. Л. Тез. докл. I съезда акуш.-гинеколог. РСФСР, Л., 1960.—3. Кобозева Н. В. Сб. «Токсикозы беременности», М., 1954.—4. Логина Н. Е. Акуш. и гинеколог., 1950, 3.—5. Покровский В. А. Акуш. и гинеколог., 1952, 2.

Поступила 1 декабря 1961 г.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ФАЛЛОПИЕВЫХ ТРУБ МЕТОДОМ ГИДРОТУБАЦИИ

Доц. К. Н. Сызганова

1-я кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. П. В. Маненков)
Казанского медицинского института

До последнего времени в гинекологической практике общепризнанными методами определения проходимости фаллопиевых труб считаются пертубация и метросальпингография.

С появлением антибиотиков возникла мысль о введении их раствора в полость матки и труб при бесплодии как с лечебной, так и диагностической целями.

По аналогии с термином «пертубация» за данной манипуляцией укрепилось название «гидротубация».

За последнее десятилетие в отечественной и зарубежной литературе появилось несколько работ о гидротубации, большая часть из которых посвящена ее терапевтическому действию.

Медленное внедрение гидротубации в гинекологическую практику, надо полагать, объясняется несколькими причинами: во-первых, недостаточным интересом гинекологов к диагностике и терапии женского бесплодия; во-вторых, отсутствием специального, простого по конструкции и доступного по технике аппарата для гидротубации и, наконец, робостью перед данной манипуляцией, связанной с введением жидкости в полость матки, и возможным при этом попаданием жидкости в брюшную полость. Все это, несомненно, не могло не отразиться на ее применении в практике до накопления достаточного опыта по данному вопросу.

Из единичных работ отечественных авторов явствует, что каждый из них производил гидротубацию различными способами. Так, Т. Я. Калининко вводил раствор антибиотиков в полость матки шприцем Брауна с приспособленным к нему аппаратом Рива—Роччи, Ш. И. Шлиндман — аппаратом, им сконструированным, а П. П. Никулин и И. С. Розовский приспособили аппарат для продувания системы завода «Красногвардеец», введя к нему дополнения.

В результате своих наблюдений Т. Я. Калининко и Ш. И. Шлиндман считают гидротубацию ценным диагностическим методом, по точности приближающимся к метросальпингографии, видя при этом огромное преимущество перед последней в том, что физиологический раствор, в котором растворяются антибиотики, легко и быстро всасывается, а пенициллин предупреждает инфицирование. П. П. Никулин и И. С. Розовский, проведя гидротубацию с диагностической целью у 37 женщин, делают вывод о меньшей диагностической ценности гидротубации, по сравнению с продуванием и метросальпингографией. С их точки зрения гидротубация не дает возможности определить место непроходимости (маточный или абдоминальный конец), непроходимость той или иной стороны и не дает возможности определения функционального состояния фаллопиевых труб.

Тридцатилетний опыт Казанской гинекологической клиники медицинского института по продуванию труб наконечником И. С. Легенченко дал нам право использовать его и для гидротубации.

Этот метод не позволяет определять функциональное состояние труб, так как производится без кимографа, но проходимость или непроходимость их устанавливается легко, чего вполне достаточно для повседневной практической работы.

Техника гидротубации. В 10 мл шприц Люэра набирается раствор и с помощью наконечника Легенченко вводится в полость матки. Появление отдачи поршня и начало обратного вытекания жидкости в шприц указывают на предельное заполнение полости матки и труб, если последние зарастены в маточных или абдоминальных концах.

Тестами для определения проходимости служили: 1) количество жидкости, вводимой в полость матки; 2) при зарастании абдоминальных отверстий труб появление увеличенных придатков матки (выраженных сактосальпинксов), не пальпировавшихся до гидротубации.

При гидротубации нами получены следующие результаты: