

кусочек нерва над диафрагмой. Спустя 8 лет после операции больной чувствует себя хорошо, пища проходит свободно.

На препаратах блуждающего нерва обнаружены дегенеративные изменения большей части нервных волокон.

На основании изложенного можно прийти к заключению, что при кардиоспазме происходят глубокие изменения как в парасимпатической, так и в симпатической нервной системе, хотя количественно эти изменения неодинаковы и более выражены в первой. Необратимыми изменениями в нервной системе при атонической стадии кардиоспазма и можно объяснить иногда отсутствие улучшения после операции и устранения дисфагии. Нарушенная иннервация органов резко изменяет их функцию, чем объясняется развитие анемии, эзофагита.

Следует подчеркнуть, что при кардиоспазме наиболее глубоки дегенеративные изменения в системе блуждающего нерва, причем нервные окончания и периферические отделы блуждающих нервов разрушаются полностью или повреждаются весьма глубоко, по мере же перехода их в проксимальные отделы эти изменения ослабевают, и шейные отрезки описываемых нервов содержат только единичные измененные нервные волокна.

Следовательно, дегенеративный процесс в блуждающих нервах распространяется в восходящем направлении от периферии к центру.

Таким образом, вследствие выпадения функции преганглионарных волокон, равно резкого нарушения морфологии нервных клеток ауэрбаховского сплетения и перичеслужулярных сплетений наступает значительная денервация пищевода, которая идет от кардии вверх. Этим и следует объяснить развитие атонии и дилатации стенки пищевода при далеко зашедшей стадии кардиоспазма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Павлов И. П. Полн. собр. соч., 1951, т. I, 530—549; т. II, 67—88.— 2. Червериков Н. С. Русская клиника, 1926, т. VI, 28.— 3. Etzel E. Guy's Hosp. Rep., 1937, 87.— 4. Hurst A. F. und Rake G. W. Quart. J. Med., 1930, 23.— 5. Köberle F. Gastroenterology, 1958, 34, 3.— 6. Lendrum F. C. Arch. Int. med., 1937, 59.— 7. Rieder W. Dtsch. Ztschr. Chir., 1929, 217, 5—6; Zbl. Chir., 1935, 62.— 8. Zenker F. A. und Ziemssen H. В кн.: Handb. d. spec. Pathol., 1877, 8, H. 1, I Anhang, Leipzig.

Поступила 18 ноября 1960 г.

К ВОПРОСУ О ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

А. П. Кейсар, Б. С. Довидсон

Акушерско-гинекологическое отделение Ярославской дорожной больницы
Северной железной дороги (начальник отделения — А. П. Кейсар)

Переношенная беременность до сих пор довольно скудно освещена в литературе, в связи с чем многие ее стороны, имеющие важное практическое значение, остаются спорными.

Диагностика переношенной беременности хотя трудна, но возможна. Очень большую помощь оказывает нам в этом подробно собранный анамнез.

Из клинических симптомов следует указать на ослабление движений и изменение сердцебиения плода, а также уменьшение объема живота на 10—15 см, зависящее, по-видимому, от всасывания и уменьшения количества околоплодных вод. Исследования показали, что околоплодные воды играют роль питательной жидкости для зародыша и уже с 5-го месяца внутриутробной его жизни, то есть с началом глотательных движений, воды проглатываются и перевариваются. Возможно, что наблюдающееся при перенашивании маловодие зависит от продолжающегося и все увеличивающегося потребления вод плодом.

Большое значение в диагностике переносной беременности имеет рентгенография матки¹, так как хорошо развитое у плода ядро окостенения проксимального эпифиза большеберцовой кости, окостенение ядер стопы, пяточной таранной и кубовидной костей свидетельствуют о перезревании. Кости черепа отличаются плотностью, швы и роднички узки, малый родничок иногда отсутствует.

Хотя все вышеперечисленные признаки сугубо относительны, однако в совокупности смогут помочь в решении вопроса переносной беременности. Многие авторы указывают на диагностическое значение ложных схваток в клинике перенашивания.

Переходя к вопросу о течении родов при переносной беременности, следует обратить внимание на то, что оно, как правило, нарушено. Отмечается первичная и вторичная слабость родовой деятельности, которая может быть почти непреодолимой и встречается в 4—5 раз чаще, чем при нормальных родах.

Ввиду плохой конфигурации головки, вследствие ее чрезмерного окостенения, порою больших ее размеров (как правило, переносный плод превышает 4 кг), очень частым осложнением в течении родов при переносной беременности является клиническое несоответствие головки и таза. Из других нарушений следует отметить слишком раннее отхождение вод, причем воды грязные, темно-зеленые, скудные. При переносной беременности имеется большой процент мертворождаемости, 50% всех мертворождений приходится на небольшие сроки перенашивания (до 20 дней). У мертворожденных мацерация наблюдается чаще всего лишь на ладонях, стопах и ягодицах. Одним из грозных осложнений при переносной беременности являются атонические кровотечения в последовом и послеродовом периодах. Объясняется это, во-первых, патологическими изменениями последа, а во-вторых, атонией матки, вследствие ее перерастянутости и дегенеративного перерождения мышечных волокон. Нередко при переносных беременностях наблюдается такая тяжелая патология, как преждевременная отслойка последа. Учитывая печальный опыт акушеров, давших переносной беременности дойти до спонтанных родов, большинство авторов решительно ставит показания к своевременному вмешательству, причем многие из них склонны заканчивать переносную беременность операцией кесарева сечения. Другие рекомендуют вызывать родовую деятельность и предлагают для этого различные способы:

- 1) механический (например, раннее вскрытие плодного пузыря, кольперинтер, метрейринтер, кожно-головные щипцы);

- 2) химические (например, способ Штейна);

- 3) комбинированный: гормональный + химический (последний пользуется наибольшим распространением).

Из всего вышеизложенного следует сделать практически важный вывод.

Литературные данные и наши собственные наблюдения убеждают нас в том, что переносная беременность представляет собой не вариант нормальной беременности, а истинную патологию, которая обязывает акушеров как в консультации, так и в родильных домах со всей ответственностью относиться к женщинам, подозреваемым на переносную беременность, своевременно предупреждать и лечить ее. Приводим наблюдавшиеся у нас два случая переносной беременности.

Д., 25 лет, поступила в родильное отделение 15/V-58 г. с повторной переносной беременностью на 75 дней. Последняя менструация 25/V-57 г. (регулярные через 30 дней с 19,5 лет). Предполагаемый срок родов 2/III-58 г. При поступлении родовая деятельность отсутствует, предлежит головка, сердцебиение плода ясное. Наследственность не отягощена. В течение первых трех лет замужества было бесплодие. В 1956 г. переносная на 3 недели беременность, осложненная токсикозом в первой половине, ранним отхождением вод, первичной и вторичной слабостью родовой деятельности, внутриутробной гибелью плода за 4 дня до начала родов.

Учитывая печальный исход предыдущих родов и имея явно переносную беременность, подтвержденную рентгенологически, после тщательного лабораторного и клинического исследования, была проведена стимуляция синестролом (2% по 0,3 внутримышечно через 4 часа в течение трех дней), по истечении которой развилась хорошая родовая деятельность, закончившаяся нормальными родами. Внешний вид плода (вес его — 4500 при полном отсутствии первородной смазки), а также течение родов (первичная слабость родовой деятельности, скудность околоплодных вод, внешний вид последа) показывают, что в данном случае имелась повторная переносная беременность.

Причиной переносности, по-видимому, являются дисгормональные нарушения в организме матери. На это указывают позднее начало мензес — с 19 лет, длительность менструального цикла до 30 дней, первичное бесплодие и как сопутствующий фактор — мужской пол плодов в том и другом случаях.

Н., 32 лет, поступила 25/IX-57г. без родовой деятельности с подозрением на предлежание последа. Последние мензес 4/I-57 г. Беременность 5-я, роды 2-е, живых детей нет. Наследственность не отягощена. Было 3 самопроизвольных выкидыша.

¹ К этому методу диагностики прибегать не следует ввиду высокой чувствительности плода к ионизирующей радиации. *Ред.*

В 1956 г. переносимая на 20 дней беременность закончилась внутриутробной гибелью плода. Данная беременность протекала нормально. Учитывая печальный исход предыдущих родов, а также подозрение на частичное предлежание последа, женщина была задержана в стационаре до предполагаемого срока родов, то есть 12—15/X-57 г. Однако в предполагаемый срок роды не наступили. Тогда, спустя 17 дней, начата стимуляция синестролом по схеме, которая проводилась на протяжении 5 дней, с промежутками по 100 часов, но эффекта не было. Результат рентгенограммы с указанием на наличие ядер окостенения подтвердил диагноз повторной переносимой беременности.

17/XI-57 г. (спустя месяц от предполагаемого срока родов) во время обхода врачом констатирована угроза гибели плода: тоны сердца стали глухие, аритмия, тахикардия. Сама женщина отмечала плохое шевеление плода. Срочно, в этот же день, произведено кесарское сечение. При вскрытии матки без труда был извлечен плод в легкой асфиксии, сплошь покрытый меконием, вес плода — 3 кг. Обращали на себя внимание отсутствие первородной смазки, сморщенная кожа, околоплодных вод не было. Плацента больше обычной величины с множественными участками обызвествления. Послеродовый период осложнился тромбозом обеих нижних конечностей, пневмонией, плевритом. Длительное время больная находилась в тяжелом состоянии.

В результате своевременной диагностики переносимой беременности, оперативного вмешательства, правильного лечения в послеродовом периоде родильница выписана с живым хорошо развивающимся ребенком.

В настоящее время, по данным женской и детской консультаций, мать и ребенок чувствуют себя вполне удовлетворительно.

Поступила 11 июня 1960 г.

ЛОЖНАЯ ДИЗУРИЯ У ДЕВОЧЕК ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ¹

Доц. А. Ф. Златман и канд. мед. наук Б. Ф. Златман

Акушерско-гинекологическая клиника № 2 (зав. — доц. Т. Я. Калиниченко) Киевского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. акад. А. А. Богомольца и урологический кабинет городской больницы Шевченковского района г. Киева (главврач — Н. И. Бигунова)

Акт мочеиспускания у девочек в допубертатном и пубертатном периодах может при совершенно здоровых мочевыводящих путях сопровождаться жжением, болями и затруднением. Это наблюдается иногда при некоторых заболеваниях наружных половых органов, главным образом слизистой оболочки преддверия влагалища.

Такие расстройства акта мочеиспускания Б. Ф. Златман (1949) назвал дизурией неврологического происхождения, а Р. Петер (1958) — псевдодизурией. Поскольку таких больных девочек иногда ошибочно лечат от несуществовавшего у них цистита, — надо полагать, что не все врачи знакомы с данным заболеванием.

С ложной дизурией у девочек встречаются гинекологи, урологи и педиатры, хотя она требует исключительно гинекологического лечения.

Следует иметь в виду, что заболевания наружных половых органов, вызывающие ложную дизурию, могут осложниться воспалением мочевого пузыря. В таких случаях ложная дизурия сочетается с истинной. Само собою понятно, что для их ликвидации надо одновременно лечить оба заболевания, ибо ликвидация одного только цистита не избавит больную от дизурии.

Мы наблюдали и лечили ложную дизурию у 67 девочек. Они были в возрасте от 5 до 14 лет.

Семеро уже менструировали: одна в возрасте 12 лет, две — 13 лет и 4 девочки в возрасте 14 лет.

¹ Доложено 12/III-60 г. на объединенной конференции урологов Киевской областной больницы, области и поликлиник Киева.