

следованием яичников, были взяты кусочки слизистой тела из ампутированных маток.

Гистологическое исследование этих кусочков показало, что у тех женщин, у которых во влагалищном содержимом наблюдался подъем количества эпителиальных клеток и в яичниках обнаружены желтые тела, слизистая матки находилась в стадии секреции, а у упомянутой выше женщины, у которой во влагалищном содержимом не было заметного увеличения эпителиальных клеток, а в яичнике обнаружен кистовидный атретический фолликул, слизистая матки оказалась в стадии пролиферации.

У другой части женщин для оценки значения способа подсчета эпителиальных клеток промывных вод влагалища в определении овуляции исследовался соскоб слизистой матки.

Полоска слизистой бралась маленькой кюреткой в первый день месячных после ежедневного изучения на протяжении менструального цикла промывных вод влагалища. У всех во влагалищном содержимом наблюдался подъем эпителиальных клеток, совпадавший с вычисленным сроком овуляции, и слизистая матки находилась в стадии секреции.

Ежедневные измерения температуры тела в подмышечной области на протяжении менструального цикла, произведенные как в стационарных условиях, так и на дому самими женщинами, не выявили какой-либо закономерности.

Основываясь на всем вышеизложенном, мы позволили себе предложить для использования практическим врачом 3 теста определения срока овуляции: 1) путем вычисления по месячным, 2) по количественным изменениям эпителиальных клеток в промывных водах влагалища, 3) по исследованию соскоба слизистой матки.

Способ определения овуляции путем вычисления по месячным — наиболее быстрый, простой и доступный. Зная продолжительность менструального цикла и дату последних месячных, срок может быть вычислен в любой момент.

Второй способ так же не травматичен, прост, доступен для практического врача. Однако, пока надежность его не подтверждена на большом материале, во избежание ошибок, его следует дополнять исследованием соскоба слизистой матки.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бочкарев П. В. и Павлова К. Н. Акуш. и гинек., 1937, 9—10.— 2. Жихарев С. С. К учению о месячных. Дисс., СПб., 1896.— 3. Миронов М. Журн. акуш. и жен. бол., 1893, 10.— 4. Славянский К. Мед. вест., 1874, 28—31.

Поступила 25 апреля 1959 г.

## РОДОВАЯ ТРАВМА НОВОРОЖДЕННЫХ И МЕРЫ БОРЬБЫ С НЕЙ

*Проф. Н. Е. Сидоров и асс. В. И. Белоусова*

Из акушерско-гинекологической клиники № 1 (зав.— проф. Н. Е. Сидоров)  
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Одной из главных причин внутриутробной смерти плода и смерти детей в период новорожденности является родовая травма, в виде внутричерепных кровоизлияний, обуславливаемых, главным образом, асфиксией плода и механическими препятствиями.

Нами изучены 63 случая смерти новорожденных (34 доношенных и 29 недоношенных), наблюдавшиеся в клинике за последние годы. Родовая травма в виде внутричерепных кровоизлияний наблюдалась

у 33 детей (14 доношенных и 19 недоношенных), что составляет 52,3%. Родовая травма во всех случаях подтверждена вскрытием и выражалась типичной для этой травмы картиной.

Родовая травма с внутричерепными кровоизлияниями при прочих равных условиях встречается значительно чаще у недоношенных новорожденных. Это обстоятельство требует и особого подхода к профилактике и лечению родовой травмы у недоносков. У доношенных родовая травма нарастает с увеличением веса плода при каждой последующей беременности.

Родовой травме доношенных благоприятствуют, помимо механических препятствий, внутриутробная асфиксия, недостаточно четкое выполнение ряда акушерских операций (поворота, ручного пособия, извлечения), аномалии изгоняющих сил в виде слабости схваток или чрезмерной их силы, спазмы мышц матки в области нижнего сегмента, несвоевременное отхождение вод.

Наши наблюдения дают возможность утверждать об активном участии нижнего сегмента матки в родах. В мышечных сокращениях его не так редки нарушения в форме ограниченных кольцевидных стриктур мышечных волокон. Подобные спастические сокращения могут наблюдаться и в других отделах матки. Чаще, однако, они встречаются в области нижнего сегмента, наиболее подверженного раздражениям со стороны подлежащей части.

Эти длительные местные контрактуры матки могут сдавливать головку еще до того, как она вступает в таз, и этим серьезно нарушают внутрикраниальное кровообращение, вызывают асфиксию, что обуславливает иногда кровоизлияния различной силы с угрозой для жизни плода. Каждый акушер наблюдал случай как бы „беспричинной“ смерти плода в периоде раскрытия. Здесь следует подумать о стриктурах матки в области нижнего сегмента и для спасения плода принимать меры, устраняющие их.

Причины стриктур разнообразны. Они могут возникать при несвоевременном отхождении вод, при преждевременных внутриматочных манипуляциях, при неправильных положениях и предлежаниях плода, мадерированном плоде, повышенной возбудимости и инерции матки и, наконец, инфекции матки.

Стриктуры матки весьма трудны для диагноза. Наружными методами исследования почти невозможно их определить. При только что упомянутых осложнениях вместе с изменениями сердечной деятельности плода можно заподозрить подобную стриктуру. Решить сомнение иногда может внутреннее исследование.

Прогноз для плода при местных циркулярных контрактурах довольно плох. Смертность достигает 80%.

Лечение сводится к применению наркотических средств в виде общего наркоза, подкожного введения морфия, пантопона, дачи внутрь хлоралгидрата, амиталнатрия. При раннем распознавании не следует забывать о кесарском сечении.

Среди осложнений, ведущих к родовой травме, мы должны особо отметить несвоевременное отхождение вод, на которое обычно обращают мало внимания, и, в силу недооценки этой патологии, не предпринимают необходимые лечебно-профилактические меры для предупреждения внутричерепных кровоизлияний. Несвоевременное отхождение вод может и, безусловно, дает значительно чаще, чем принято думать, родовую травму, особенно у недоношенных при отсутствии каких-либо пространственных несоответствий между головкой и костным кольцом таза. Здесь роль препятствия выполняет ригидность или даже нормальная сопротивляемость мягких родовых путей — шейки, мышц тазового дна, тканей промежности. Преодоление этого сопротивления может сопровождаться нарушением крово-

обращения в мозгу, отсюда — различные степени асфиксии плода. Чрезмерное сопротивление обуславливает грубые смещения внутричерепного содержимого с последующими интракраниальными гемorragиями и смертью плода. Естественно, что подобные условия создаются чаще у первородящих. Затяжные роды, слабость родовой деятельности, чрезмерная сила схваток могут благоприятствовать механической нагрузке на головку и тем способствовать внутричерепным кровоизлияниям.

Первыми и весьма достоверными симптомами внутричерепной травмы являются асфиксия в родах и повторные приступы ее в последующем. Будет, пожалуй, целесообразным для каждого новорожденного, особенно недоношенного, родившегося в асфиксии, наряду с мерами бережного оживления, предпринимать профилактические меры против кровоизлияния в головном мозгу. Из других признаков, наступающих по времени различно, следует упомянуть об общемозговых и очаговых симптомах — бледности, гипотонии; отсутствии крика, сосания, глотания; о треморе, судорогах, автоматических движениях.

Прогноз для новорожденных при интракраниальных гемorragиях бывает тем хуже, чем раньше и сильнее проявляются клинические симптомы кровотечения. Если по истечении 3—5 дней симптомы не исчезают или, по крайней мере, не стихают, то предсказание плохое. В противном случае, можно рассчитывать на выздоровление ребенка даже и при довольно тяжелых первоначальных симптомах.

Профилактика интракраниальных травм, прежде всего, должна состоять в тщательном и, конечно, своевременном осмотре роженицы врачом родильного дома. Не следует передоверять первичный осмотр рожениц и проведение родов дежурным акушеркам без надлежащего надзора со стороны дежурного врача. Подобное требование мы должны предъявлять и к персоналу детского отделения. Первичный осмотр новорожденных должен производиться в первые часы после поступления в отделение, и только врачом.

Поскольку у доношенных внутричерепная травма чаще встречается при узком тазе, постольку для профилактики мы считаем возможным разумное и вполне обоснованное расширение показаний для кесарского сечения за счет показаний со стороны плода. Здесь нельзя впадать в крайность.

Обоснованным профилактическим мероприятием против травмы головки плода следует считать замену наложения акушерских щипцов вакуум-экстрактором.

Борьба со слабостью родовой деятельности как причиной интракраниальной травмы у новорожденных должна быть направлена в сторону ранней ее диагностики, что может предупредить начальные расстройства внутричерепного кровообращения. Для ее диагностики надо шире применять наружную гистерографию и, в рамках дозволенного, вагинальное исследование.

Своевременно следует диагностировать и чрезмерную или усиленную родовую деятельность. Применением наркотических и обезболивающих родов средств — для уменьшения силы схваток и расслабления мягких родовых путей — мы можем предупредить родовую травму плода.

Следует помнить, что для недоношенных и нормальная родовая деятельность может быть чрезмерной, а потому ослабление схваток при преждевременных родах следует считать желательным профилактическим мероприятием.

Местные стриктуры матки одинаково опасны и для доношенных, и для недоношенных. Они могут осложнить роды на любом отрезке

родового акта. Назначение спазмолитических, обезболивающих родов средств оказывает здесь благотворное действие.

То же следует сказать и о ригидности мягких родовых путей, главным образом у первородящих и пожилых первородящих. Ослабление сопротивляемости указанных тканей можно достигнуть применением анагетических средств. Анагезией родов мы достигаем двух целей — ослабления боли, предупреждения асфиксии и родовой травмы. Здесь полезно назначать белладонну.

Затяжка родов в связи с несвоевременным отхождением вод, инфекция содержимого матки ведут к учащению внутриутробной асфиксии, к учащению внутричерепной травмы детей. Надо более активно бороться с затяжкой родового акта, чаще прибегать к возбуждению и усилению родовой деятельности различными фармакологическими средствами — глюкозой, хлористым кальцием, касторово-клизменным методом, витамином В<sub>1</sub>, фолликулином. Не нужно избегать и метрейриза — операции, весьма бережно расширяющей шейку матки, эффективного способа для возбуждения и усиления схваток. Регуляция родовой деятельности в течение всего родового акта является одной из важных профилактических мер в борьбе с интракраниальной травмой. В регулировании родовых сокращений матки, брюшного пресса, несомненно, большая роль принадлежит обезболиванию.

Для профилактики интракраниальных повреждений мы должны обратить внимание и на должное выполнение техники акушерских операций, ручного пособия, чаще использовать способ Цовьянова, следует изменить и технику защиты промежности, устранив все то, что способствует повреждению головки.

Выполнение акушерских операций без обезбоживания вряд ли целесообразно. Боязнь наркозной травмы не всегда обоснована. Обезболивание расслабляет тазовое дно, мышцы промежности, устраняет и предупреждает стриктуры матки, асфиксию плода и тем самым может способствовать нормализации внутричерепного кровообращения плода.

Оживление новорожденных — вообще — и с подозрением на родовую травму — в особенности — должно сопровождаться бережными манипуляциями, без грубых физических приемов. Способ Легенченко здесь незаменим. С целью профилактики асфиксии следует применять триаду Николаева.

Кроме того, для профилактики мозговых кровоизлияний надо более широко и даже обязательно применять витамин К. Его следует применять до родов, во время их, при первом подозрении на возможность геморрагий, а равно и при первых их проявлениях.

Лечение внутричерепных кровоизлияний не всегда дает благоприятные результаты. В условиях нашей клиники терапия сводится к следующему. Ребенок укладывается с приподнятым туловищем и головкой. Кормление на месте свежесцеженным молоком. Для предупреждения обезвоживания — дополнительное допаивание или подкожное введение физиологического раствора. Для остановки кровотечения — витамин К, иногда внутримышечное впрыскивание материнской крови или противокоревой сыворотки. Вдыхание кислорода, впрыскивание лобелина, пеницилина — как профилактика асфиксий и вторичных пневмоний. Указанная терапия не всегда эффективна, но и не безнадежна. Ранняя диагностика обеспечивает лучшие терапевтические результаты. Не редки случаи, когда, казалось бы, безнадежные дети поправлялись и выписывались домой полностью здоровыми. Тем не менее, успех борьбы решает профилактика, на которой и нужно сосредоточить наше внимание.

Поступила 21 февраля 1959 г.