

Из Акушерско-гинекологической клиники Каз. гос. мединститута. (Директор-проф. Груздев).

К вопросу о терапии эклампсии.

Ассистента клиники д-ра **В. В. Дьяконова.**

„Вряд-ли я ошибусь“,—говорит Ф. И. Пожарисский в своей статье „Патологическая анатомия эклампсии“,—„если я замечу, что эклампсии „повезло“ более, чем всем остальным болезням, в смысле обилия литературных данных, посвященных этому вопросу. И, однако, несмотря на все усилия научной мысли, сущность эклампсии, ее этиология—остаются для нас и по сию пору в достаточной мере непонятными“. Просматривая литературу, посвященную вопросам эклампсии, обзоревав многочисленные теории, которые предложены различными авторами в различное время, следует прийти к выводу, что, хотя и не осталось ни одного органа в организме женщины, которому бы не приписывалась главенствующая роль в симптомокомплексе эклампсии,— все написанное остается пока в области теорий, более или менее вероятных. Недаром Zweifel назвал эклампсию „болезнью теорий“. В настоящее время, нам кажется, можно наметить два направления, доминирующих в вопросе об этиологии интересующего нас заболевания: 1) интоксикационная теория и 2) эндокринная, стремящаяся объяснить патогенез эклампсии с точки зрения нарушения корреляции желез внутренней секреции. Которая из этих теорий стоит ближе к истине,—сказать трудно; можно лишь отметить, что наиболее распространенною является в настоящее время сравнительно молодая теория отравления организма матери образующимися и идущими со стороны растущего плода ядовитыми веществам.

При невыясненности этиологии и сущности эклампсии, естественно, далека от совершенства и терапия данного заболевания. „До сего времени“,—говорит Zangemeister,—у нас нет ни одного безусловно верного средства, которое могло бы излечить эклампсию, даже если она находится в относительно-благоприятной начальной стадии“. В отношении терапии данного заболевания современные акушеры резко делятся на два лагеря: одни, во главе которых стоит проф. Строганов, являются защитниками более консервативного лечения эклампсии, другие высказываются в пользу активных методов, главным образом кесарского сечения.

Принадлежащий проф. Строганову профилактический способ лечения эклампсии ставит себе целью устранить экламптические припадки, понижая раздражительность центральной нервной системы, доводя до минимума возможные раздражения и ослабляя спазм сосудов. Все эти мероприятия ведут к более правильному кровообращению и, таким образом, к правильной функции всех органов. В экламптических припадках проф. Строганов видит главную причину огромного поступления токсинов, образующихся в результате сокращения мышц почти всего тела.

и тяжелой асфиксии. Он полагает, что своим методом он ставит организм в наилучшие условия для переработки токсинов.

В один из пунктов усовершенствованного профилактического метода входит скорое, но безопасное оперативное родоразрешение при помощи, напр., полостных и выходных щипцов, извлечение за ножку, легко поворота. Кесарское сечение проф. Строганов признает операцией вредной при этой болезни. Он говорит: „Защитная сила экламптичек резко понижена, их ретикуло-эндотелиальный аппарат ослаблен, а расстройство ретикуло-эндотелиального аппарата ведет к понижению самозащиты, предрасполагает к инфекции и к тяжелому течению. Все большие статистики показывают огромную смертность при кес. сечении у экламптичек; так, напр. у Селицкого она равна—16,7%, у Peter-son'a—25,79%—34,8%, у Charles'a Gordon'a за 1921—26 г. 26%, у Илькевича 22,3%“. Проф. Строганов полагает, что кесарское сечение может быть применяемо лишь при осложнении эклампсии узким тазом, *placenta praevia*, кровоизлиянием в мозг и т. п.

До тех пор пока патогенез эклампсии не будет вполне точно выяснен, к лечению ее нам придется относиться чисто-эмпирически, основываясь на результатах, получаемых при применении тех или других методов. При этом для оценки результатов нужно, с одной стороны, возможно большие по числу случаев статистические данные, а с другой—особенную ценность имеют здесь данные, удовлетворяющие принципу „*caeteris paribus*“, т. е. касающиеся различных способов лечения эклампсии, но проведенных в одном и том же учреждении и при одинаковой обстановке.

Это последнее соображение и побуждает нас опубликовать в печати относящийся сюда материал Казанской акушерско-гинекологической клиники за период времени с 1900 по 1929 г., хотя материал этот и невелик количественно: он обнимает всего 34 случая эклампсии на 3733 родов, что составляет один случай эклампсии на 109,7 родов.

Из 34 наших случаев эклампсии в 5 имели место преждевременные роды, т. е. % преждевременных родов в нашем материале был равен 11,7%. Первородящих среди наших больных было 27, из них погибло 3 (1,11%), повторнородящих—7, из них умерла одна (14%).

Весь наш материал по времени наступления и по течению заболевания можно распределить на две группы. Первая группа в 24 случая,—где припадки эклампсии начались и закончились в родовом периоде. Из этой группы погибли 2 родильницы—8,3% смертности. Давно установленный факт значительной, но далеко не полной зависимости от числа припадков нашим материалом не оттеняется. Максимальное число припадков, перенесенных нашими больными, составляет 11, причем больная в этом случае осталась живою, остался здоровым и ее ребенок.

Вторая группа, где припадки эклампсии возникли только в послеродовом периоде, обнимает 10 случаев. Из больных этой группы погибли 2 родильницы, т. е. процент смертности выражается в 20%. Общий процент смертности от эклампсии равен у нас 11,7.

За разбираемый период времени для лечения эклампсии в клинике применялись оба главных вида терапии: симптоматическая и активная.

Усматривая причину заболевания эклампсией в отравлении организма на почве беременности, клявика до 1916—1917 уч. г. применяла исключительно консервативную терапию. В зависимости от тяжести и частоты припадков, с одной стороны, и силы родовой деятельности, с другой, терапия это было различной. Если припадки были нечастые, больная в промежутках приходила в сознание, пульс—хороший, общее состояние относительно удовлетворительное, то при хорошей родовой деятельности назначались narcotica в виде инъекции морфия и клизм из хлорал-гидрата. Если имелось полное раскрытие, роды заканчивались щипцами или поворотом под хлороформным наркозом. Если раскрытия не было, припадки были довольно тяжелыми и частыми, то в таких случаях приступали к хирургическому опорожнению матки путем того или иного способа кесарского сечения.

Для большей наглядности и выявления ценности того и другого вида терапии, применяющегося в клинике, весь наш материал удобнее всего представить в виде нижеследующей таблицы:

Таблица № 1.

Припадки	Всего случаев	Число смертных случаев	% смертности	Симптомат. лечение			Ускоряющие роды мероприятия наркотиками			Активная терапия		
				Число случаев	Умерло	%	Число случаев	Умерло	%	Число случаев	Умерло	%
I. Начались и закончились в родовом периоде	24	2	8,3	10	—	—	4	1	25	10	1	10
II. Были только в послеродовом	10	2	20	10	2	20	—	—	—	—	—	—

Из этой таблицы видно, что в первой группе, обнимающей собою 24 случая, погибли 2 больных, что составит 8,3% смертности, причем 10 больных из этой группы, леченных симптоматически, все выздоровели; в 4 случаях была применена ускоряющая терапия плюс наркотика с 1 случаем смерти (25%), и, наконец, 10 случаев, леченных активно, дали также 1 случай смерти (10%). Из указанных 10 случаев активной терапии в 1 случае был применен поворот, 2—щипцы и в 7 случаев кесарское сечение по различным способам (Latzko, Fritsch'a, Kronig'a, в 3 случаях—ретровезикальное, и в одном случае способ в истории болезни оказался не указанным).

Как видно из сказанного, терапию эклампсии, проводимую в нашей клинике, можно назвать выжидательной, но выжидательной до тех пор, пока не создавалось необходимых условий для родоразрешения, напр., щипцами или поворотом с экстракцией. Во всех же случаях, где

выжидание не давало улучшений, а, наоборот, состояние больной ухудшалось, как правило, приступали к родоразрешению путем кесарского сечения. Признавая необходимым возможно раннее и скорое родоразрешение при неуспехе выжидательной терапии, клиника видела в кесарском сечении бережную, безопасную, совершенно типичную клиническую операцию, дающую небольшой % смертности. Все наши случаи кесарского сечения окончились благополучно для матерей и детей за исключением одной смерти, которую следует отнести не за счет операции, как таковой, а за счет общего заболевания организма, как показало патолого-анатомическое вскрытие (*cysticercosis organorum: cerebri, musculorum, cordis, diaphragmatis, pleurorum etc.*).

Чем же объяснить лечебный эффект кесарского сечения при эклампсии? Надо сказать, что тот, кто видел, как быстро в громадном большинстве случаев стихает эклампсия после самопроизвольных родов или искусственного родоразрешения, тот не станет оспаривать несомненного факта, что путь быстрого и своевременного родоразрешения является лучшим лечебным методом. Первая и самая основная причина эффекта родоразрешающей терапии при эклампсии это—быстрое устранение беременности, ибо общеизвестен факт: „без беременности нет эклампсии“, а кроме того, в благотворном эффекте кесарского сечения при эклампсии, повидному, большую роль играет неизбежная при этой операции кровопотеря.

Еще в прежнее время французские акушеры широко применяли при эклампсии кровопускание, считая его лучшим средством, быстро освобождающим организм от ядов и восстанавливающим даурез. В переживаемое время, можно сказать, мы присутствуем при новой волне возрождения кровопускания. Проф. Строганов заявляет, что польза кровопускания для него „теперь почти несомненна“, и что „если после применения профилактического способа наблюдается 2—3 припадка“, он делает кровопускание. Проф. Губарев в своей „Оперативной гинекологии“ также высказывается за кровопускание, дававшее ему хорошие результаты. В своем руководстве по акушерству проф. Груздев говорит, что, начав применять при консервативной терапии обильное кровопускание, он достиг гораздо лучших результатов. Впрочем, до 1916/17 уч. г. кровопускание в клинике было применено только в 2 из 9 случаев эклампсии; в одном из них, относящемся к 1903/4 уч. г., оно дало временный эффект, во втором же, относящемся к 1910—11 уч. г., кровопускание дало хорошие результаты, и с этого времени его применение в клинике встречается все чаще и чаще.

Особенного внимания заслуживает один случай благоприятного влияния кровопускания, где припадки эклампсии продолжались и после операции кесарского сечения. Случай этот относится к концу февраля 1929 года.

В клинику была доставлена женщина—врач К., с которой в смотровой комнате акушерского отделения случился припадок эклампсии, продолжавшийся 5 мин. В дальнейшем, несмотря на применение усовершенствованного метода терапии проф. Строганова, через 3 ч. 50 мин. по прибытии больной в клинику был 2-ой, более сильный припадок. Решено окончить роды кесарским сечением, ретро-везикальным путем. При разрезе брюшных покровов, при отсепаровке мочевого

пузыря, разрезе матки больная потеряла очень мало крови—много меньше того количества, которое обычно теряется при производстве подобного рода операции. Через 2 часа после операции вновь разыгрался припадок, продолжавшийся 3 мин., и затем в течение ночи и следующего дня до 6 ч. вечера больная проделала еще 8 припадков, несмотря на применение вышеуказанного метода проф. Строганова и внутривенного введения 25% раствора *magnesiæ sulfuricæ*. Положение ее с каждым часом становилось все более и более угрожающим, и тогда было решено прибегнуть к обильному кровопусканию (650 к. сант.) через вскрытие *v. subitalis*. После кровопускания припадков больше не повторилось, и к утру больная пришла в полное сознание, а впоследствии выписалась здоровой.

Блестящий успех в исходе эклампсии в этом случае следует, видимо, отнести всецело на кровопускание. Вообще же, разбирая наши случаи эклампсии, можно прийти к заключению, что при таком заболевании, как эклампсия, надо строго индивидуализировать каждый отдельный случай, причем в прямой зависимости от видимых клинических симптомов и течения болезни должна находиться и ее терапия.

Из Санатория им. Сталина в Евпатории. (Зав. гинекологическим отделением—доцент И. Г. Бураков).

Грязелечение и менструальный цикл.

Д-ра С. М. Беккера.

Вопрос о влиянии грязелечения на менструальный цикл имеет чрезвычайно важное практическое значение, особенно в части, касающейся применения грязи в период самой менструации. Это особенно актуально в настоящий момент, когда больные в массе имеют месячный срок лечения. Выпадение 3—4-х дней является существенной цифрой вынужденного лечебного прогула. Если же мы учтем, что у большинства гинекологических больных этот период в силу патологических процессов значительно затягивается, то порою получается настоящий срыв курсового лечения, не говоря уже о том, что в силу такого перерыва имеет место нежелательное температурное остывание организма, чем нарушается принцип постепенного прогревания больной сферы.

Основные доводы, которые приводят противники применения грязей при менструациях, сводятся к следующим положениям: 1) грязелечение является грубым вмешательством, ослабляющим защитные способности организма; 2) грязелечение при менструациях может вызвать тяжелое профузное кровотечение.

Наши наблюдения производились над больными санатория им. Сталина в течение 1929—1930 г. Число наблюдений 326. По харак-