Акушерство и женские болезни

**АКУШЕРСТВО**

**Беременность**

**АБОРТ** — прерывание беременности до 28 недель с одновременным или несколько позже наступающим плодоизгнанием. Различают ранний аборт — до 16. недель и поздний — от 16 до 28 недель беременности.

**Аборт в** ходу. Стадия, обусловленная отслойкой плодного яйца на значи­тельном протяжении; проявляется обильным кровотечением, регулярными схватками, укорочением и открытием шейки. Исследующий палец отчетливо определяет низко опустившийся полюс плодного яйца. Состояние необратимое.

**Аборт инфицированный.** Этиология и патогенез. Поначалу инфицируется только матка (выкидыш лихорадочный). При дальнейшем распространении инфекции процесс переходит на придатки, брю­шину, клетчатку — возникает осложненный выкидыш. Затем может возникнуть перитонит, сепсис, тромбофлебит, что будет квалифициро­ваться как септический выкидыш.

Распознавание основывается на наличии повышенной до 38' температуры, некоторого учащения пульса, озноба, умеренно выраженных признаков интоксикации, умеренной болезненности матки без патологических проявлений со стороны придатков, брюшины.

Осложненный аборт характеризуется признаками воспаления тазовых органов: болезненностью, инфильтрацией, изменением положения органов, ознобом, высокой температурой, значительным учащением пульса, ограничен­ными нижней половиной живота симптомами раздражения брюшины,

Септический аборт выявляется как симптомокомплекс, сочетающий сеп­тическое состояние и аборт. У больных развиваются потрясающий, изнуряю­щий озноб, несоответствие частоты пульса температуре, нарастают симптомы общей интоксикации и дегенеративных изменений ряда внутренних органов:бледность и желтушность кожных покровов, появление в моче белка, цилинд­ров, развитие олигоурии, истощение, появление септических перитонита, тром­бофлебита, эмболических абсцессов легких, эндокардита.

**Аборт на почве недостаточности внутреннего зева.** Распознавание основывается на определяемых при влагалищном исследовании укорочении шейки матки, зиянии зева, низком расположении плодного пузыря с частич­ным (иногда) его пролабированием при отсутствии сократительной деятель­ности матки.

Лечение сводится к производству операции Широдкара (механическое сжатие внутреннего зева проведением капроновых или металлическихнитейпо всей окружности шейки).

**Аборт начавшийся.** Умеренное кровотечение, боли внизу живота и пояс­нице, которые иногда принимают характер регулярных схваток, шейка матки несколько укорачивается, но зев остается закрытым, матка длительно не расслабляется после пальпации. Процесс иногда удается купировать, но зна­чительно труднее, нежели при угрожающем выкидыше.

**Аборт неполный.** Обильное кровотечение, развитие анемии той или иной степени, рождение частей плодного яйца. При влагалищном исследовании оп­ределяется открытый шеечный канал, пальпируются сгустки крови, части плодного яйца. Матка увеличена, плохо сокращается под влиянием пальпации.

**Аборт несостоявшийся.** Задержка в полости матки погибшего плодного яйца. При длительном нахождении отмечается частичное рассасывание и уменьшение плодного яйца, пропитывание кровью, что приводит сначала к образованию кровяного, а затем мясистого заноса.

*Этиология и патогенез* выяснены недостаточно. Определя­ется пониженная сократительная функция матки, возможно, вследствие по­вышенного содержания гормона желтого тела, уменьшения выделения питу­итрина.

*Распознавание.* Прекращение роста матки и отставание ее ве­личины от срока беременности, периодическое появление скудных кровяни­стых выделений, небольших схваткообразных болей, молозива.

*Лечение.* На первом этапе создают повышение тонуса маточной муску­латуры назначением эстрогенного гормона по 10 000 единиц 2 раза в день в течение 3 дней. На втором этапе вслед за созданием гормонального фона про­водят родовозбуждение (см. Аномалии родовой деятельности) хинином и пи­туитрином. После частичного плодоизгнания, на третьем этапе, выскабливают полость матки. Вследствие плохого сокращения матки существует опасность гипотонического кровотечения, что нужно предусмотреть в процессе лечения.

**Аборт полный.** Наблюдается при изгнании всего плодного яйца, что, как правило, возможно только при больших сроках беременности. Матка прибли­жается к нормальным размерам, шеечный канал закрывается, кровотечение прекращается.

**Аборт самопроизвольный.** Этиология не всегда ясна. Моментами, предрасполагающими к его развитию, могут быть: общие инфекции, физиче­ское и психическое истощение, недоразвитие половых органов, нарушение функции эндокринных желез, опухоли половых органов, изосерологическая несовместимость по резус-фактору и группе крови. По степени развития про­цесса различают несколько стадий.

**Аборт** **угрожающий.** Жалобы на схваткообразные боли в крестце, пояс­нице, внизу живота, беспокоящие наиболее сильно в ночное время, появле­ние скудных желтовато-кровянистых выделений. При влагалищном исследо­вании определяют сохраненную шейку с закрытым зевом, матку, соответст­вующую по величине сроку беременности с несколько повышенной реакцией на пальпацию в виде тонического сокращения. Состояние обратимое, и при соответствующем лечении возможно рождение доношенного ребенка.

*Лечение* проводится в зависимости от стадии процесса и отсутствия или наличия признаков инфекции. При угрожающем и начавшемся выкидыше больным в стационаре обеспечивается психический и физический покой (ред­кие влагалищные исследования). Медикаментозная терапия: препараты брома, снотворные, настойка опия 2 раза в день по 10 капель в клизмах на 40 г теплой кипяченой воды, прогестерон по 5—10 мг в течение 10—15 дней, использо­вание спазмолитиков: метацин, тропацин по 0,002 г 2—3 раза в день. Полезна диатермия области солнечного сплетения при беременности до 12 недель и околопочечной области при больших сроках. При неинфицированном аборте в ходу и неполном производят опорожнение полости матки либо кюретками (до 12 недель беременности), либо пальцами (при больших сроках) с последую­щим назначением сокращающих матку средств. При инфицированных абортах применяют консервативно-выжидательную тактику: при лихорадочных наз­начают покой, антибиотики, сульфаниламиды и по исчезновении признаков инфекции производят инструментальное или пальцевое опорожнение матки. При осложненном и септическом выкидышах применяют антибиотики (пени­циллин по 100000 ЕД через 3 часа в сочетании со стрептомицином до 500000 ЕД 2 раза в сутки), сульфаниламиды (норсульфазол, этазол по 1 г 4 раза в день).

Назначают сокращающие матку средства (питуитрин), к плодо­изгнанию. Выскабливание полости матки при осложненном и септическом выкидыше ухудшает общее состояние.

**БЕРЕМЕННОСТЬ ВНЕМАТОЧНАЯ.** Этиология и патогенез. Развитие оплодотворенного яйца вне матки объясняется: а) проявлением преж­девременной способности яйца к имплантации; б) нарушением транспорта яйца по трубе, возникающим вследствие недоразвития полового аппарата или вследствие воспалительных изменений в маточных трубах; в) наружной мигра­цией оплодотворенного яйца, выделившегося из одного яичника и попадаю­щего в противоположную трубу уже более, чем обычно, крупным по размеру. Чаще всего возникает трубная беременность, но могут быть и другие формы:

интерстициальная (в толще трубного угла), трубнояичниковая, яичниковая, первично и вторично брюшная, в рудиментарном роге матки. Прерывание про­исходит вследствие несоответствия места имплантации и объема растущего плодного яйца.

*Симптомы и течение* весьма разнообразны. При прогрессирую­щей трубной беременности вначале не имеется отличий в клиническом течении от беременности маточной, но позже можно определить утолщенную трубу, объем которой при динамическом, наблюдении увеличивается, а также отмеча­ется несоответствие величины матки сроку задержки менструаций. Прерыва­ние внематочной беременности происходит в 5—10 недель беременности. Оно может происходить по типу трубного аборта, и тогда больная жалуется на появление после некоторой задержки менструаций (реже без нее) схваткооб­разных болей внизу живота. Боли нередко иррадиируют к заднепроходному от­верстию, сопровождаются полуобморочным состоянием, бледностью лица, холодным потом. Затем приступ прекращается и через некоторое время вновь повторяется. С этого же момента отмечается появление темных (дегтеобразных) кровянистых выделений из влагалища. При пальпаторном исследовании оп­ределяются увеличенные, болезненные, без четких контуров придатки с одной стороны, повышенная чувствительность заднего свода. Указанная симп­томатология объясняется тем, что гибель плодного яйца в трубе приводит к его отслойке и сокращениям трубы, влекущим за собой появление небольшо­го кровотечения в брюшную полость с раздражением брюшины заматочного пространства. Кровотечение из матки обусловлено отслойкой децидуальной оболочки вплоть до ее полного отделения и рождения в виде слепка. Разрыв трубы протекает с острыми клиническими явлениями (резкая боль внизу живота, обморок, учащенный пульс, снижение артериального давления, по­верхностное дыхание, нарастание симптомов острой анемии вследствие внутри-брюшинного кровотечения). Наружного кровоотделения может и не быть, так как децидуальная оболочка еще не успевает отторгнуться. При пальпации живота определяются болезненность в нижних отделах, положительные симп­томы раздражения брюшины, изменение уровня горизонтальной тупости в отлогих местах живота при изменении положения тела. При влагалищном исследовании находят нависание или уплощение заднего и одного из боковых сводов, чрезвычайную их болезненность. Исследование резко затруднено из-за болей и напряжения брюшной стенки.

*Распознавание* в типичных случаях разрыва трубы не трудно. Более сложно поставить диагноз при трубном аборта, который нужно диффе­ренцировать с маточным абортом, воспалением придатков, аппендицитом, опу­холью яичника, перитонитом, нарушением менструального цикла. Больных с подозрением на внематочную беременность немедленно госпитализируют.

*Лечение.*По установлении диагноза — срочная операция с одновре­менным применением средств борьбы с анемией и шоком.

**БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКА.** Важное значение имеют анамнестические данные о дате последней менструации, первом шевеле­нии плода, установленном сроке беременности при первом посещении врача, продолжительности предшествовавших беременностей и весе детей.

*Беременность: 6 недель* — матка несколько увеличена, шарообразна, имеются признаки Гегара, Гентера, Снегирева, Пискачека; 8 недель — матка величиной с женский кулак, дно ее достигает уровня сим­физа; 12 недель — матка величиной с мужской кулак, дно ее на 2 попе­речных пальца выше симфиза; 16 недель — матка располагается в большом тазе, дно на середине между лоном и пупком; 20 недель — начинается вы­пячивание живота, дно матки на 2 пальца ниже пупка; 24 недели — дно на уровне пупка; 32 недели — пупок сглаживается, дно матки располагается между пупком и мечевидным отростком; 36 недель — дно матки в под­ложечной области, боковые поверхности достигают реберных дуг; 40 недель -- дно матки на середине между пупком и мечевидным отростком. Для отличия беременности сроком 32 и 40 недель пользуются следующими признаками: при 40 неделях выпячивается пупок, окружность живота не менее 90 см, го­ловка плода либо прижата, либо фиксирована во входе в таз.

Определение 32-недельной беременности имеет большое значение, так как дородовой декретный отпуск начинается с 32 недель. Метод Фигурнова и Либова для определения этого срока учитывает ряд признаков: высоту стоя­ния дна матки, прямой размер головки, отношение головки ко входу в таз, состояние шейки матки, тип телосложения беременной.

Календарь для определения сроков родов, дородового и послеродового отпуска

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Отпуск после родов |
| Первый день | Отпуск до родов |  | 56 дней | 56 дней 70дней |
| последней менструации | (56 дней) с | Роды | приступить к работе |
|  |  |  | с | с |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5/1 | 17/УШ | 12/Х | 6/Х11 | 20/ХП |
| 15/1 | 27/УП1 | 22/Х | 16/ХП | 30/ХП |
| 25/1 | 6/1Х | 1/ХГ | 26/ХИ | 10/1 |
| 5/11 | 17/1Х | 12/Х1 | 6/1 ' | 20/1 |
| 15/11 | 27/1Х | 22/Х1 | 16/1 | 30/1 |
| 25/11 | 7/Х | 2/ХП | 26/1 | 9/11 |
| 5/111 | 15/Х | Ю/ХП | 4/11 | 18/11 |
| 15/111 | 25/Х | 20/ХП | 14/11 | 28/11 |
| 25/111 | 4/Х1 | 30/ХП | 24/11 | 10/111 |
| 5/1У | 14/Х1 | 10/1 | 7/111 | 21/111 |
| 15/1У | 24/Х1 | 20/1 | 17/111 | 31/111 |
| 25/IV | 4/Х11 | 30/1 | 26/111 | 9/1У |
| 5/У | 14/ХП | 9/11 | 6/1У | 20/1У |
| 15/У | 24/Х11 | 9/11 | 16/1У | 30/1У |
| 25/У | 4/1 | 1/111 | 26/1У | 10/У |
| 5 /VI | 15/1 | 12/1Г1 | 7/У | 21/У |
| 15/У1 | 25/1 | 22/111 | 17/У | 31/У |
| 25/У1 | 4/И | 1/1У | 27/У | 10/1У |
| 5/У11 | 14/11 | 11/1У | 6/У1 | 20/У1 |
| 15/УП | 24/11 | 21/1У | 16/У1 | 30/У1 |
| 25/УП | 6/П1 | 1/У | 26/У1 | 10/У11 |
| 5/У1П | 17/111 | 12/У | 7 /VII | 21/У11 |
| 15/У1П | 2.7/111 | 22/У | 17/УП | 31/УП |
| 25/У1П | 6/1У | 1/У1 | 27/УП | Ю/УШ |
| 5/1Х | 17/1У | 12/У1 | 7/У1П | 21/УП1 |
| 15/1Х | 27/1У | 22/VI | 17/У1П | 31/У1И |
| 2 5/1Х | 7/У | 2/УП | 27/У1П | 10/1Х |
| 5/Х | 17/У | 12/УП | 6/1Х | 20/1Х |
| 15/Х | 27/У | 22/УП | 16/1Х | 30/1 Х |
| 2 5/Х | б/VI | 1/У1П | 2-6/1 Х | 10/Х |
| 5/Х1 | 17/У1 | 12/У11Г | тух | 21/Х |
| 15/Х1 | 27/У1 | 22/У1П | 1,7/Х. | 31/Х |
| 25/Х1 | б/У И | 1/1Х | 27/Х | 10/Х1 |
| 5/ХП | 17/УП | 11/1Х | 6/Х1 | 20/Х1 |
| 15/ХП | 27/У11 | 21/1Х | 16/1Х | 30/Х1 |
| 25/Х11 | 6/У111 | 1/Х | 26/ГХ | 10/ХП |

Правила, пользования календарем

1. Установив у беременной дату первого дня последней менструации, на той же линии в календаре можно найти нужные даты: например, начало по­следней менструации 20/VII, дородовой отпуск на 56 дней надо предоставить с 1/111, роды ожидаются 26/1У. Если роды нормальные, женщина должна явиться на работу после 56-дневного отпуска 21/У1. Если же роды патологи­ческие, то 5/УП (отпуск 70 дней).

2. При пользовании календарем следует обязательно учитывать объектив­ные данные акушерского исследования (высота стояния матки над лобком, величина головки плода и др.).

3. В високосном году в январе и феврале сроки отпусков и родов следует уменьшить на один день.

4. Если последующий год високосный, то начиная с 1/111 срок родов и явка на работу после родов уменьшаются на один день.

Для определения срока беременности между 28 и 40 неделями использу­ют метод Рудакова, состоящий в получении так называемого индекса объема плода. Индекс вычисляют умножением длины и ширины плода с учетом воз­можного развития нормальных, мелких и больших плодов. Для определения варианта развития плода необходимо повторное обследование беременной и учет происшедших изменений. Средний прирост индекса объема для мелкого плода равен 30, для нормального 37,5, для большого 45 единиц. Получив сведения о весе плода, по таблице Рудакова определяют, какому сроку бере­менности он соответствует.

**ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ.** Этиология и патогенез. При­чиной предлежания плаценты в подавляющем большинстве случаев служа? перенесенные в прошлом послеабортные и послеродовые воспаления матки, приводящие к деструктивным изменениям в эндометрии и миометрии и затруд­нениям вследствие этого имплантации оплодотворенного яйца. Более редко причиной является ослабленная протеолитическая функция трофобласта, приводящая к нидации яйца в более низких отделах матки.

Кровотечение при предлежании плаценты обусловлено отрывом ее от стенки матки и вскрытию межворсинчатых пространств, возникающих в связи с маточными сокращениями и неспособностью плаценты следовать за переме­щающимися отделами матки. Главным симптомом предлежаяия плаценты яв­ляется кровотечение во время беременности или в родах. Клиническая прак­тика показывает, что кровотечение во время беременности характерно для центрального и реже бокового предлежания плаценты. Различают также низ­кое прикрепление' плаценты, при котором кровотечение появляется в начале и середине периода раскрытия.

*Распознавание* основывается на тщательной оценке анамнеза. Наибольшую значимость имеют результаты влагалищного исследования, ко­торое нужно производить осторожно, чтобы не увеличить отслойку. При мас­сивном кровотечении это исследование лучше производить при уже разверну­той операционной. При центральном (полном) предлежаиии исследующим пальцем повсюду определяют мягкую, губчатую плацентарную ткань, при частичном — наряду с нахождением ткани плаценты пальпируют оболочки.

*Распознавание.* Низкое прикрепление плаценты устанавливается в родах предположительно, а окончательно фиксируется лишь после рождения последа: в этих случаях расстояние от края разрыва оболочек до плаценты не превышает 7 см. Ценным вспомогательным способом диагностики является симптом высокого, расположения предлежащей части плода при предлежании плаценты. Для дифференциального диагноза с кровотечениями из шейки матки (ран), варикозных узлов влагалища рекомендуется использовать осмотр влагалища в зеркалах.

*Лечение.* Больную необходимо направить в стационар, где обеспечивается полный покой со строгим постельным режимом, используются средства, снижающие сократительную деятельность матки, (настойка опия во в капель на 30 мл кипяченой воды 2—3 раза в день в клизмах или свечи с опием, прогестерон по 10 мг в сутки), средства, повышающие свертываемость крови (викасол в дозе 0,03 г по 3 порошка в день на протяжении 4—5 дней), аскорбино­вая кислота до 500 мг в сутки. Независимо от наличия или отсутствия анемии широко используется переливание крови по 150—200 мл в целях гемостаза и борьбы с анемией. Беременных до родов из стационара не выписывают, неза­висимо от того, имели или не имели место повторные кровотечения. При пов­торяющихся кровотечениях в конце беременности и в родах при установлении полного предлежания производят кесарево сечение. При частичном предлежании эффективным средством лечения в родах является вскрытие плодного пу­зыря. Если же недостаточная родовая деятельность, несмотря на вскрытие плодного пузыря, не приводит к прижатию предлежащей частью кровоточа­щего участка, можно использовать метрейринтер, вводимый интраовулярно, или кожно-головные щипцы с подвешиванием груза не более 300 г. Больший груз может способствовать травме матки в нижнем сегменте вследствие его истончения и разрыхления, наблюдающихся при предлежании плаценты.

Беременные и роженицы при сильных кровотечениях на почве предлежания плаценты являются нетранспортабельными, поэтому терапевтические меры необходимо принимать **на** месте.

**ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ** приводит к кровотечению вследствие отслойки плаценты от decidua basalis. Кровотечение может быть наружным в случаях, когда отслойка происходит по краям плаценты и кровь просачивается между оболочками и стенкой матки, или внутренним, когда кровь, отслаивая плаценту, образует под нею гематому. В последнем случае клиническая картина более яркая. Кровь имбибирует стенку матки, расслаивает мышечные волокна, проникает под серозный покров, придавая матке своеобразный вид (арор1ех1а и1еп).

Этиология и патогенез. Изменения сосудов в области маточно-плацентарной площадки рассматриваются как местные проявления функцио­нальной неполноценности у больных с общей сосудистой патологией при ток­сикозах беременности, нефритах, гиповитаминозе.

Распознавание основывается на оценке анамнеза (выявление пред­располагающих причин) и характерной клинической картины (болезненная, напряженная матка с четко очерченными очагами резкой болезненности и выпячивания, признаки внутриутробной асфиксии плода). При отслойке пла­центы на значительном участке развивается картина острой анемии, сочетаю­щаяся с проявлением шока: жалобы на головокружение, тошноту, рвоту, рез­кие боли в животе. Больные бледны, кожа покрыта холодным потом, пульс резко учащен, артериальное давление снижено, больные беспокойны.

Лечение. Быстрое родоразрешение. При отслойке во время беремен­ности производят кесарево сечение. Во время родов необходимо вскрыть плод­ный пузырь, что, как правило, прекращает дальнейшую отслойку во втором периоде, ускоряют опорожнение матки наложением щипцов или вакуум-эк­страктора. В последовом периоде обязательно ручное удаление последа и обследование полости матки (разрыв!). Ранний послеродовой период может осложняться кровотечением на почве гипо- или атонии матки или на почве ги-поафибриногенемии. При больших кровоизлияниях в толщу Матки рекомен­дуется кесарево сечение с последующей надвлагалищной ампутацией.

**ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС** — пролиферация эпителия хориона с превращением ворсин в гроздевидные образования, наполненные студенистой массой, со­провождающаяся, как правило, гибелью плода. Реже встречается частичный пузырный занос, при котором возможно рождение здорового ребенка.

*Этиология.* Высказывается предположение о вирусной природе за­болевания.

*Распознавание.* Появление кровотечений с выделением пузырь­ков пузырного заноса, несоответствие между величиной матки и сроком бере­менности (в 70% случаев матка оказывается больше предполагаемого срока), тестоватая консистенция матки, без реакции в виде повышения тонуса в ответ на пальпацию, увеличение яичников с обеих сторон (в 40% случаев развива­ются так называемые лютеиновые атретические кисты). Ценным способом диагностики является определение беременности на животных (реакции Ашгейма— Цондека, Фридмана). При пузырном заносе эти реакции оказываются положи­тельными даже при разведении мочи обследуемой женщины в 50 и 100 раз. Дифференцировать необходимо с абортом (см.), многоводием (см.).

Пузырный занос чаще возникает у повторнобеременных. Кровянистые выделения, как правило, появляются позже 12 недель беременности. Заболе­вание нередко сопровождается выраженным токсикозом. В части случаев пузырьки проникают через децидуальную оболочку и, разрушая мышечный и серозный слои матки, попадают в брюшную полость (mola hydatidosa destruens), вызывая обильные кровотечения.

*Лечение.* Опорожнение полости матки, которое начинают с использо­вания средств, стимулирующих сократительную деятельность, а в дальнейшем удаляют части пузырного заноса либо пальцами, либо тупой кюреткой, либо методом вакуум-аспирации. Выскабливание производят осторожно во избе­жание возможной перфорации матки. При разрушающем пузырном заносе показана надвлагалищная ампутация матки. Лютеиновые кисты не подлежат удалению, ибо после ликвидации заноса они подвергаются обратному раз­витию.

В дальнейшем необходимо передать больную под тщательное наблюдение в женскую консультацию и каждые 3—4 месяца на протяжении года произво­дить реакцию на беременность для своевременной диагностики хорионэпителиомы (см.) — злокачественного новообразования, предшественником кото­рого нередко является пузырный занос.

**ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННОСТИ.** Патогенез окончательно не вы­яснен. Наибольшее признание имеет теория, объясняющая их происхождение нарушением нейрогуморальных взаимоотношений, возникающих, в первую очередь как результат изменения в высших корково-подкорковых центрах головного мозга при наличии плодного яйца или его частей.

**Токсикозы первой половины беременности. Дерматозы беременных.** Воз­никают в виде зуда преимущественно половых органов или всего тела с по­следующими высыпаниями по типу крапивницы, экзантемы, дерматита. Наи­более мучительны высыпания типа herpes. Развитие impetiformis по своим последствиям относится к наиболее тяжелым состояниям.

Лечение. Бромиды, кофеин, пролонгированный сон, хлористый каль­ций, димедрол, при пустулезных высыпаниях антибиотики.

**Птиализм** — значительное слюнотечение является либо самостоятельным токсикозом, либо проявляется как симптом при «неукротимой» рвоте»' Коли­чество слюны может быть очень велико; слюноотделение сопровождается ма­церацией губ, подбородка, приводит к болезненным трещинам, проглатывание слюны вызывает тошноту и рвоту. Больные обезвоживаются.

Лечение такое же, как при «неукротимой» рвоте, дополняется введением 0,5—1 мл 0,1% раствора сернокислого атропина, полосканием рта вяжущими средствами.

**Рвота** беременных чрезмерная **(«неукротимая»)** протекает в легкой, средней тяжести и тяжелой форме. При легкой форме значительного наруше­ния общего состояния беременной не отмечается, рвота возникает лишь не­сколько чаще, чем обычно у беременных, и связана, как правило, с приемом пищи. Вес беременной снижается медленно и незначительно, имеются не­большая слабость, сонливость. Пульс, артериальное давление и температура тела нормальные. При форме средней тяжести рвота учащается до 15—20 раз в сутки, возникает не только днем, но и ночью, не связана с приемом пищи. Быстро нарастают признаки обезвоживания: сухость кожи, истончение под­кожного жирового слоя, значительная потеря в весе. Пульс учащается до 100 в минуту, артериальное давление снижается, температура тела повышается до 37,5°. Характерно появление в моче ацетона (иногда его запах исходит изо рта больной). Тяжелая форма рвоты протекает как резко выраженная инток­сикация организма. Рвота становится мучительной и почти беспрерывной. Быстро развивается истощение. Пульс учащается до 120 ударов в минуту и выше, температура повышается до 383, значительно снижается артериальное давление, диурез крайне низкий, реакция мочи на ацетон резконедлительна, присоединяется альбуминурия. В дальнейшем появляются клитйеские при- • знаки нарушения функции печени вплоть до развития острой жеятей дистро­фии: желтушная окраска кожи и слизистых оболочек, сменяющаяся затем шафраново-желтым цветом, первоначальное увеличение печени и ее болезнен­ность, сменяемое в дальнейшем ее уменьшением. Состояние беременной резко ухудшается, сознание затемняется, развивается коматозное состояние, сопро­вождаемое судорогами, на фоне которых наступает смерть.

*Распознавание* не представляет трудностей.

*Лечение.* Постельный режим, прием пищи в охлажденном виде, вну­тривенное введение 10% раствора бромистого натрия по 10 мл ежедневно и 2 раза в день подкожно по 1 мл 10% раствора кофеина. Полезен пролонгиро­ванный сон (назначением амитал-натрия по 0,2 г 2 раза в день или электросон). Хорошо зарекомендовали себя ганглиоблокаторы в виде 2,5% раствора аминаэина по 1 **мл** 2 раза в день внутримышечно, пипольфена по 0,2 г 2 раза в день или применение коктейля следующего состава: 2 мл 2,5% раствора аминазина, 2 мл 2% раствора димедрола и 2 мл 1% раствора промедола один раз в день внутримышечно. Хорошее действие оказывает применение актг по 10 единиц ежедневно на протяжении 5—7 дней. Для борьбы с обезвожива­нием и для парентерального питания рекомендуются подкожные и внутри­венные вливания физиологического раствора хлористого натрия, глюкозы до 2—3 л в сутки с добавлением амииокровина, аминопептида или жидкости Л-103 как средств белкового питания. Возможно назначение питательных клизм, включающих бульон, глюкозу и спирт. Обязательно насыщение орга­низма витаминами С, В, А. При появлении тахикардии, повышении темпера­туры, желтушного окрашивания кож» показано срочное прерывание беремен­ности во избежание развитая необратимых изменений печени.

**Токсикозы второй половины беременности. Водянка беременных** прояв­ляется либо в виде явных, либо скрытых отеков. В норме еженедельная при­бавка в весе во второй половине беременности не должна превышать 350 г. При водянке наблюдается резкое превышение нормального темпа увеличения веса, появление отеков на стопах, голенях, наружных половых органах, ниж­ней половине брюшной стенки. Диурез снижен. В моче отсутствуют патоло­гические элементы (белок, цилиндры), остаточный азот крови нормален. Ар­териальное давление не повышено.

*Распознавание* основывается на периодическом, регулярном взвешивании беременных и данных объективного обследования.

*Лечение.* Ограничение приема жидкостей до количества, при котором диуреа становится положительным, перевод на слабосоленую диету с включе­нием творога, простокваши, витаминовВ^ А, аскорбиновой кислоты (500 мг). Хорошим средством является проведение разгрузочного дня (фруктово-творожного: 1 кг яблок и 400 г творога). Из медикаментов используются 15% рас­твор сернокислой магнезии по 3—1 столовые ложки в день, гипотиазид по 25 мг 2 раза в день, фонурит.

**Нефропатия** нередко развивается на фоне бывшей водянки беремен­ных.

Распознавание основывается на присоединении к водянке бе­ременных повышения артериального давления, альбуминурии, цилиндрурии при нормальном остаточном азоте, гипопротеинемйи. Исследование глазного дна нередко выявляет картину ангиоспазма, отека сетчатки. Иногда в кли­нической картине может быть лишь один симптом.

*Лечение* в стационаре. Ежедневно измеряют диурез, вес тела, арте­риальное давление, через каждые 2—3 дня производят анализ мочи. Бессо­левая диета, ограничение жидкости, разгрузочные дни, витамины А, В, С, кислород для вдыхания, магнезиальная терапия по следующей схеме: 25% раствор по 24 мл 4 раза в день (первые три инъекции с интервалом в 4 часа, последняя — через 6 часов). Таких курсов можно провести три.

При легких формах нефропатии хороший эффект наблюдается при внутри­мышечном введении 2,5% раствора дибазола. В общем комплексе мероприятай хорошие результаты дает аминазин (2,5% раствор по 1 мл внутримышечно или в смеси с 40 мл глюкозы внутривенно). При преобладании гипертензивного синдрома используют резерпин по 0,25 мг 2 раза в день. Распространено лечение по Д. Ф, Чеботареву: ежедневно внутривенное вливание 250—300 **мл** 20% раствора глюкозы с добавлением 500 мг аскорбиновой кислоты и периоди­ческое вдыхание кислорода.

Профилактика неблагоприятного воздействия нефропатии на внутриут­робный плод: кислород, витамины, липокаин, метионин, гамма-глобулин.

**Преэклампсия** характеризуется появлением на фоне симптомов нефропатии жалоб на головную боль, расстройство зрения, болей в подложечной области, нарастанием артериального давления, альбуминурии и цилиндрурии, уме­ренным повышением остаточного азота крови.

*Распознавание* основывается на перечисленных выше симптомах.

*Лечение* такое же, как при нефропатии (см.), дополняемое постанов­кой пиявок, кровопусканием. Нередко возникает необходимость либо вызвать досрочное родоразрешение, либо ускорить роды.

**Эклампсия**. Клиническое течение определяется припадком судорог, со­стоящим из 4 моментов. Первый момент—мелкие фибриллярные подергивания мышц лица, рук, смещение глазных яблок вбок и сверху. Второй момент — период тонических судорог: лицо бледнеет, голова откидывается кзади, тело напрягается, позвоночник изгибается, челюсти плотно сжаты, прекращается дыхание, зрачки расширены, глазные яблоки заведены под верхнее веко. Третий момент — период клонических судорог, охватывающих туловище, ко­нечности, лицо становится багрово-синим, больная не дышит. Судороги, для­щиеся около минуты, постепенно ослабевают и прекращаются. Появляется первый глубокий, шумный вдох. Четвертый момент — больная начинает мед­ленно и глубоко дышать, изо рта выделяется пенистая слюна нередко с приме­сью крови (прикус языка), сознание утрачено. После окончания припадка больная может находиться в коматозном состоянии, переходящем в сон, но иногда припадки, следуют один за другим с более или менее короткими интер­валами. Осложнение эклампсии: падение сердечной деятельности, кровоиз­лияние в мозг, гипостатическая пневмония, отек легких.

*Распознавание* основывается на описанной картине. Необходимо дифференцировать с эпилепсией (см.), острым отравлением (см.), кровоизлия­нием в мозг (см.).

*Лечение.* Еще до развития приступа судорог срочно дают масочный эфирный наркоз с предварительным введением шпателя, обернутого марлей, между коренными зубами (во избежание прикуса языка). Если приступ судо­рог все же развивается, то на их период и до восстановления дыхания эфирный наркоз снимают и дальнейшие мероприятия проводят после припадка: вновь применяют эфирный наркоз, через носовой зонд подают кислород, больную раздевают, обследуют, вводят сернокислую магнезию, если цифры артериаль­ного давления очень высоки, дополнительно вводят аминазин, катетером берут мочу для анализа. Больную под продолжающимся наркозом пере­водят в специально оборудованную палату, после чего наркоз снимают. Палата должна быть затемнена, по возможности звукоизолирована, кровать защищена мягкими бортами. Больная остается под постоянным медицинским наблюдением. В дальнейшем проводится такой же комплекс мероприятий, как при нефропатии или преэклампсии. При повторяющихся припадках на фоне высокого артериального давления возможны кровопускания, спинномозговая пункция. Диета: во время припадков голод, в 1-е сутки после **их** прекращения фрукты, фруктовые соки, сахар, компот (2—3 стакана жидкости); на 2-е сутки фрукты, сахар, гречневая или манная каша, картофельное пюре; в дальнейшем расширение диеты с преимущественным содержанием белков и углеводов. При эклампсии во время беременности особое значение приобретает досрочное родоразрешение, которое лучше проводить консервативным путем, так как операцию кесарева сечения больные переносят плохо. Эклампсия в родах тре­бует ускорения родоразрешеиия (вскрытие плодного пузыря, шипцы, разрез промежности).

*Профилактика* осуществляется в женских консультациях. В ос­нове лежит обучение женщин правилам гигиены для беременных (диететика, психогигиена, режим труда и отдыха и т. д.), а также выявление скрытых и ранних симптомов токсикозов.