Здравоохранение Чувашии, 2022, № 1, стр. 73-92

*Л.А. КОЗЛОВ*

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ УЧЕНИЯ О ЭКЛАМПСИИ В КАЗАНИ

(к 125-летию со дня рождения проф. П.В. Маненкова)

*Казанский государственный медицинский университет,*

*Клиника медицинского университета, Казань*

**Козлов Лев Александрович**

профессор кафедры акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева ФГБОУ ВО

«Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, доктор

медицинских наук

***Адрес для переписки:***

*420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49*

*Тел. +7-906-115-16-56*

*E-mail:* [*klev1930@yandex.ru*](mailto:klev1930@yandex.ru)

*L.A. KOZLOV*

ECLAMPSIA STUDY DEVELOPMENT IN KAZAN

(dedicated to 125-years anniversary of prof. P.V. Manenkov)

*Kazan State Medical University,*

*Clinic of the Medical University, Kazan*

Kozlov Lev Aleksandrovich

professor of Obstetrics and Gynecology Department named after Prof. V.S. Gruzdev,

FSBEI of HE «Kazan State Medical University» under the Ministry of Health of the Russian

Federation, Dr. Habil. in medical sciences

*Address for correspondence:*

*420012, 49, Butlerov str., Kazan*

*Phone: +7-906-115-16-56*

*E-mail:* [*klev1930@yandex.ru*](mailto:klev1930@yandex.ru)

***Реферат:*** *Эклампсия, являясь тяжёлым осложнением беременности, составляет одну из причин материнской смертности и продолжает занимать умы акушеров всего мира. В статье представлено в историческом аспекте развитие учения о борьбе с этим недугом в Казани на фоне героических усилий родоначальника современного подхода к лечению и предупреждению эклампсии, В.В. Строганова. Приведены результаты длительных научных исследований проф. В.С. Груздева и его учеников. Изложены принципы ведения родов при тяжёлых формах позднего гестоза. Приведены приоритетные результаты многочисленных научных работ, выполненных в Казани. Показаны положительные результаты внедрения их в практику. В заключение изложено мнение о возможности полностью ликвидировать эклампсию организацией своевременного выявления ранних признаков позднего токсикоза беременных и современным подходом к лечению.*

***Ключевые слова****: эклампсия, В.В. Строганов, В.С. Груздев, П.В. Маненков, роды, поздний токсикоз беременных.*

***Abstract:*** *Being a severe complication of pregnancy, eclampsia is still an issue for studying and still a cause of maternal mortality. This article describes history of eclampsia study development in Kazan based on study of professor Stroganov. There are some results and data from the research of the professor Gruzdev and his followers. There are some principles of the delivery management in severe preeclampsia. There are some results of multiple scientific investigations, provided in Kazan with positive practical results have been shown. In conclusion there is an opinion possibility for eclampsia liquidation through the early symptoms revealing and modern approach to the treatment.*

*Keywords: eclampsia, V.V.Stroganov, V.S.Gruzdev, P.V.Manenkov, labor, hestosis*

*«Одним из самых тяжёлых осложнений*

*беременности и родов является эклампсия.*

*Только разрыв матки может соперничать с нею*

*в этом отношении»*

(В.В. Строганов, «Важнейшие

осложнения беременности и родов», 1928 г.)

Эклампсия является тяжелейшим завершением позднего токсикоза беременных (ПТБ), проявляющегося триадой К.Ф. Цангемейстера. В нынешней классификации болезней термина ПТБ, с расшифровкой его форм на отёки, нефропатию и преэклампсию, нет. Рекомендовано использование двух терминов – преэклампсия (объединяющий все формы ПТБ) и эклампсия. Чтобы избежать путаницы при изложении темы и ради исторической справедливости, мы будем придерживаться прежней терминологии.

В начале XX века в ведущих немецких клиниках материнская смертность при эклампсии колебалась от 16,6% (Фрейбург) до 25% (Мюнхен). В России, по свидетельству петербургских родовспомогательных учреждений, она варьировала от 17,8% до 34%.

Исторически, до конца ХІХ века лечение эклампсии было симптоматическим и проводилось при появлении судорог многочисленными способами. Начиная с 1898 года, В.В. Строганов регулярно на протяжении трёх десятков лет публиковал научные работы, в которых обосновал систему предупреждения приступов эклампсии или их прекращение и настойчиво внедрял свой метод лечения эклампсии. Добившись существенного сдвига в понимании сути эклампсии и ее лечении, он привлек внимание зарубежных ученых, и был приглашён в клиники Западной Европы, где с успехом лечил беременных с эклампсией. К исходу многолетней работы В.В. Строганов добился невиданных по тому времени результатов: материнская смертность от эклампсии снизилась до 2,6%.

Большой опыт и положительные результаты позволили ему выработать стратегический подход к пониманию и лечению эклампсии. Это – 1) создание лечебно-охранительного режима для устранения внешних раздражителей (с этой целью в родильных домах создавались специальные затемнённые палаты для лечения эклампсии); 2) понижение раздражительности, предупреждение и устранение припадков эклампсии наркотическими средствами (морфием и хлоралгидратом) по специально разработанным им схемам; 3) по показаниям ускоренное, бережное родоразрешение, и, наконец, 4) поддержание и регуляция функций жизненно важных органов, в первую очередь снижение АД (кровопускание).

Подчеркнём, что всё перечисленное было известно и раньше. Однако, В.В. Строганов привёл многочисленные способы лечения в стройную систему, выполнение которой и привело к успеху в лечении эклампсии. О результатах своего труда он регулярно информировал своих коллег опубликованием более 20 работ. Его метод предупреждения и лечения эклампсии оживлённо обсуждался на нескольких Российских и Всесоюзных съездах акушеров-гинекологов.

А как обстояло дело с лечением эклампсии в Казани?

До конца ХІХ века сведений о эклампсии не найдено. Первые сведения обнаружились в отчётах о работе акушерско-гинекологической клиники медицинского факультета КГУ за время работы проф. Н.Н. Феноменова.

Из «Медицинского отчета акушерской клиники проф. Н.Н. Феноменова» [1], составленным А.В. Столыпинским в 1888 году, узнаём, что на 966 родов эклампсия имела место у 5 (0,5%) женщин: у 2 - при беременности, у 3 - во время родов. Лечение проводилось хлоралгидратом, опием, беладонной, горячим душем, вдыханием хлороформа. Акушерские щипцы накладывались 2 роженицам. Умерли 2 родильницы и 3 новорожденных. Это отчёт охватывал 1876-1887 годы, за время работы трёх профессоров К.Ф. Славянского (1876-1877), В.М. Флоринского (1877-1885) и Н.Н. Феноменова (с 1885 г.).

Вторым источником, освещающим состояние проблемы в Казани в конце XIX века, явился "Медицинский отчет акушерской клиники проф. Н.Н. Феноменова" А.П. Вознесенского [2] за 1887- 1893 годы. В разделе "Эклампсия" находим, что на 1005 родов она встретилась у 8 (0,8%) женщин. Лечение проводилось хлоралгидратом, морфием, горячими ваннами, тёплым обертыванием и вдыханием хлороформа, а также путем оперативного родоразрешения, в том числе один раз с помощью кесарева сечения на умершей женщине. Умерли 4 родильницы и 4 новорожденных.

В хорошо известной всем акушерам, книге «Оперативное акушерство» (1892) проф. Н.Н. Феноменов при эклампсии, в случае недостаточного раскрытия шейки матки, рекомендовал *«При мёртвом плоде – лучше всего сделать краниотомию, при живом и подвижном – поворот на ножку и медленное извлечение, имея в виду влияние его на раскрытие родовых путей и т.п.».*

Как видим, в конце XIX века в Казанской акушерской клинике положение с эклампсией было не в лучшем виде.

1. **Проф. В.С. Груздев и эклампсия.**

С приходом на кафедру профессора В.С. Груздева (1900 г.) публикаций, содержащих обобщающие сведения об эклампсии, долгое время не было. Можно лишь указать на публикацию Н.М. Горизонтова "О псейдоэклампсии" [3], знание которой облегчает диагностику эклампсии.

В обширном эссе Н.И. Горизонтова и соавт. [4] о казанской клинике вообще, мы обнаружили краткое указание о том, что за 15 лет на 3632 родов эклампсия встретилась у 22 (0,53%) женщин, умерли 3 **(13,6%).** В этот период (1900-1915 гг.) при лечении эклампсии клиника придерживалась *«принципа скорого родоразрешения, причем у беременных и у рожениц в ранних стадиях периода раскрытия в последние годы неоднократно и с успехом применялось Dührssen՚ское кесарское сечение. ...применяется, конечно, и симптоматическое лечение (морфий, хлороформенный наркоз, клизмы из хлоралгидрата и гедонала, сердечные). ...В тяжелых случаях эклампсии делается vеnаеsесtiо».*

Обратим внимание читателя на то, что в указанной публикации ещё нет сведений о какой-либо системе лечения эклампсии. Оно в клинике осуществляется по принятым канонам: симптоматическое + кровопускание + родоразрешение.

Первая существенная научная публикация из стен казанской акушерской клиники по этой проблеме появилась лишь в 1931 г. Почему же В.С. Груздев молчал 30 лет, в то время как весь просвещенный мир дискутировал по вопросам этиологии, патогенеза и лечения эклампсии? По нашему мнению, ответ кроется, в его методе работы, заключавшемся в тщательном предварительном изучении опыта других авторов по литературным источникам. Затем накопление и тщательное изучение своего клинического опыта. Как мы видели выше, эклампсия встречалась в клинике чуть больше одного раз в год, накопление личного опыта шло медленно.

Что же касается изучения специальной литературы, то В.С. Груздев хорошо знал эклампсию с самых ранних лет постижения основ специальности ещё в доказанский период жизни, будучи в стенах Петербургской Военно-медицинской академии. В его «Обзорах» важнейших работ по акушерству за 1897, 1898 и 1899 гг. встречается не мало рефератов по эклампсии, а в личной библиотеке имеется три публикации В.В. Строганова «О патогенезе эклампсии» (1898), «Дальнейшие данные по вопросу о патогенезе эклампсии» (1899), «К лечению эклампсии» (1899) и каждая с автографом *«Многоуважаемому Викторину Сергеевичу Груздеву от автора»* и датированы одним и тем же числом *«20/ı-1900».* Надо полагать, что вручены они были В.С. Груздеву одновременно. Опираясь на автограф, можно предположить о их встрече и беседе о эклампсии, так как они оба жили и работали в Петербурге.

Из ранней публикации В.С. Груздева «Медицинский отчёт о деятельности ХІІ городского приюта в С.-Петербурге за первый год его существования» (1899), мы установили, что он был осведомлён о работах С.Д. Михнова «Об эклампсии в клиническом отношении» (СПБ, 1898) и «К вопросу об этиологии эклампсии на основе клинических данных» (СПБ, 1899). Мы не имели возможности ознакомится с этими источниками, но, ссылаясь на С.А. Селицкого [5] укажем, что С.Д. Михнов одним из первых указал на продромальные синдромы, предшествующие припадкам эклампсии, способствуя рождению термина «преэклампсия».

Работая с 1900 года в Казани, В.С. Груздев не терял из сферы своего внимания эклампсию. Однако время неумолимо шло. В опубликованном в 1922 году капитальном руководстве "Курс акушерских и женских болезней" [6], он, на основании тщательного изучения более 160 литературных источников (с 1853 по 1916 гг.), **впервые** опубликовал свой взгляд на состояние вопроса об эклампсии. Подчеркнем, что в число этих источников вошли 10 первых публикаций проф. В.В. Строганова за 1898-1912 гг.

При ознакомлении в «Курсе…» с разделом «Эклампсия», убеждаемся в той тщательности и логичности изложения вопроса, присущей всей деятельности проф. В.С. Груздева. Показав частоту эклампсии в казанской клинике – 0,53% (в Москве – 0,61%, в Санкт-Петербурге – 0,75%), он описал подробно различные методы лечения эклампсии, в том числе и лечение эклампсии по В.В. Строганову, но не привел собственных результатов. По-видимому, ещё не имел собственного мнения. Кстати, метод В.В. Строганова, был описан им в «Курсе…» наравне с другими способами лечения эклампсии, без особого его выделения.

На первое место В.С. Груздев поставил родоразрешение, считая прямую этиологическую связь эклампсии с беременностью. Затем - использование наркотических средств. Далее идут средства, облегчающие деятельность почек. По-видимому, испробовав всё это, он писал: *«Гораздо лучшие результаты получил я от применения при эклампсии обильных кровопусканий, которые я принципиально и рекомендую применять в каждом отдельном случае эклампсии, особенно пуэрперальной».* И не только рекомендовал этот метод, а подробно, с рисунком, описал венесекцию кубитальной вены для успешного выведения достаточного количества (500-650 мл) крови. Упомянул также о декапсуляции почек.

И только после этого приступил к описанию метода В.В. Строганова: *«В последнее время не только в России, но и заграницей получила широкое распространение система лечения эклампсии, выработанная Строгоновым. Система эта слагается из 4 правил: 1) больная уберегается от всяких внешних раздражений* (перечисляются способы); *2) ей даются наркотики в следующем порядке* (приводится); *3) у беременных и рожениц применяется быстрое, но не форсированное родоразрешение; 4) врач должен заботиться о поддержке дыхательной деятельности, …сердечной работе, …деятельности кожи и почек».*

Далее, опираясь на опыт многих врачей и родовспомогательных учреждений, сообщал, что *«если перечисленные сейчас мероприятия начинают применяться с самого начала экламптических припадков, то этим путём удаётся значительно понизить смертность от эклампсии».* Исходя из выше сказанного, мы заключаем, что В.С. Груздев был хорошо знаком с лечением эклампсии по В.В. Строганову. Но пока не знаем результатов применения его у себя в клинике?

Подчеркнём, что всё сказанное выше о эклампсии, было изложено В.С. Груздевым в 1922 году. Читатель вероятно обратил внимание на начало цитаты из «Курса…» В.С. Груздева: *«В последнее время не только в России, но и заграницей получила широкое распространение система лечения эклампсии, выработанная Строгановым».*

Этому утверждению предшествовала длительная война В.В. Строганова со своими оппонентами. Главный врач Коломенского роддома Б.И. Бурдэ опубликовал в журнале Акушерство и гинекология (1949, № 6) интересную статью «О приоритете русских акушеров-гинекологов». Среди многочисленных вопросов, он не забыл и способ лечения эклампсии В.В. Строганова, указав, что уже в 1911-1912 гг. дрезденская клиника Леопольда и лейпцигская клиника Цвейфеля признали этот способ, а *«в России же этот метод не находит должного применения».* Более того, отметил, что на страницах «Журнала акушерство и женские болезни» за 1916 год, разгорелась, «ожесточённая полемика» В.В. Строганова (Петербург) с С.А. Селицким (Москва). И, как писал Б.И. Бурдэ, *««Строганов с горечью упрекает русские клиники и родильные дома в том, что они не пользуются его методом в ожидании «наложения немецкой одобрительной марки»»*

Этот спор длился долго. В 1926 году С.А. Селицкий в монографии «Эклампсия в клиническом отношении» подробно анализировав метод В.В. Строганова, подверг его серьёзной критики, полагая *««пока, что у нас нет достаточно фактических данных, нет убедительного и обоснованного теоретического толкования, чтобы отводить ему первенствующую роль и значение в получаемых «утешительных» результатах (не говоря уже о целесообразности применения метода вообще) на ряду с другими попутными мероприятиями у постели экламптички»».*

В связи с этим, Б.И. Бурдэ писал: *«С чувством горечи и сожаления следует упомянуть о заседании Московского акушерско-гинекологического общества от 29 сентября 1928 г., на котором после доклада проф. Строганова… имел место ряд выступлений против метода Строганова (Селицкий, Илькевич, Курдиновский и др.)».* И добавлял: *«Не безынтересно отметить, что в том же 1928 г. в Эдинбургском акушерском обществе (Англия) метод Строганова получил высокую оценку».* По мнению Б.И. Бурдэ: *«Лишь в 30-х годах текущего столетия метод Строганова начинает завоёвывать в СССР всеобщее признание».*

Общую ситуацию в отношении к эклампсии, сложившуюся к тому времени, очень красиво обрисовал проф. Г.Г. Гентер: *«Если у постели беременной, заболевшей судорогами, собираются врачи, то в большинстве случаев диагноз болезни не порождает разногласий. Зато бесконечные разногласия выявляются часто, как только речь заходит о терапии. Так как нет единства в понимании сущности эклампсии, так многоразлична и её терапия… каждый отстаивает свою правоту – и нет конца-края литературным спорам по вопросу о терапии эклампсии».*

Далее, говоря о лечении, дополняет, что существуют: *«три расходящиеся пути, и на перекрёстке их стоит врач и должен выбрать для своей больной тот путь, который его приведёт к желанной цели, к спасению матери и ребёнка от страшного недуга».* (Акушерский семинарий. Л., 1933, стр. 46-51).

Эти три пути, по мнению Г.Г. Гентера, следующие:

- один, активный – немедленное родоразрешение,

- второй, консервативный. Абсолютное невмешательство в родовой акт, лечение медикаментозными средствами,

- третий, комбинирование активного и консервативного способов лечения в различных выражениях.

Судя по дальнейшему подробному изложению метода В.В. Строганова, проф. Г.Г. Гентер склонялся к третьему пути.

Надо полагать, что проф. В.С. Груздев долго находился в таком же положении. В конце - концов, наступил момент принципиальной оценки и решительных выводов. В Казанском медицинском журнале за 1931 год была опубликована статья ассистента В.В. Дьяконова "К вопросу о терапии эклампсии" [8]. Наконец-то В.С. Груздев после 30-летних клинических наблюдений и изучения эклампсии решил высказать свой взгляд на проблему и "выпустил" ассистента В.В. Дьяконова на страницы печати.

Интересное совпадение! В.В. Строганов настойчиво добивался поддержки В.С. Груздева, присылая ему свои публикации с автографами. Незадолго до выпуска статьи В.В. Дьяконова, В.С. Груздев получил очередную книгу В.В. Строганова «Важнейшие осложнения беременности и родов» [9] с автографом: *"Дорогому Викторину Сергеевичу Груздеву в знак глубокого уважения. ВВ. Строганов, 15/ хıı 27»* (рис. 1). В ней на страницах 84-144 автор очень подробно изложил свой взгляд на эклампсию. Судя по многочисленным карандашным пометкам, В.С. Груздев тщательно изучил главу об эклампсии.

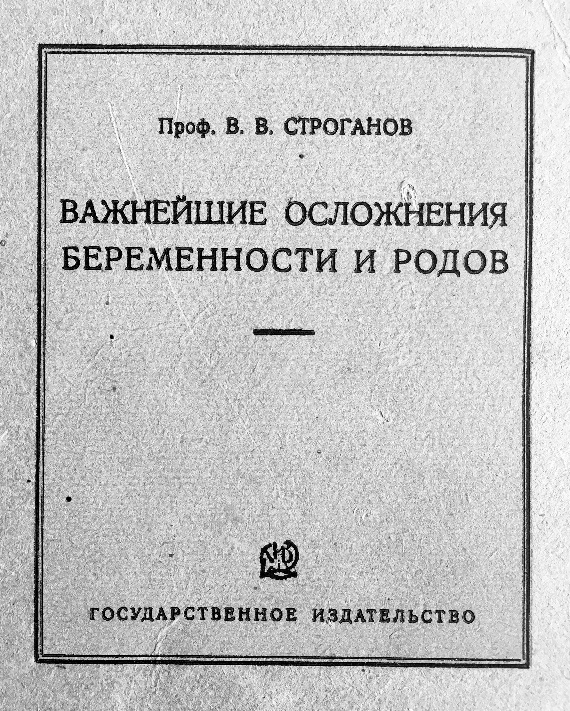
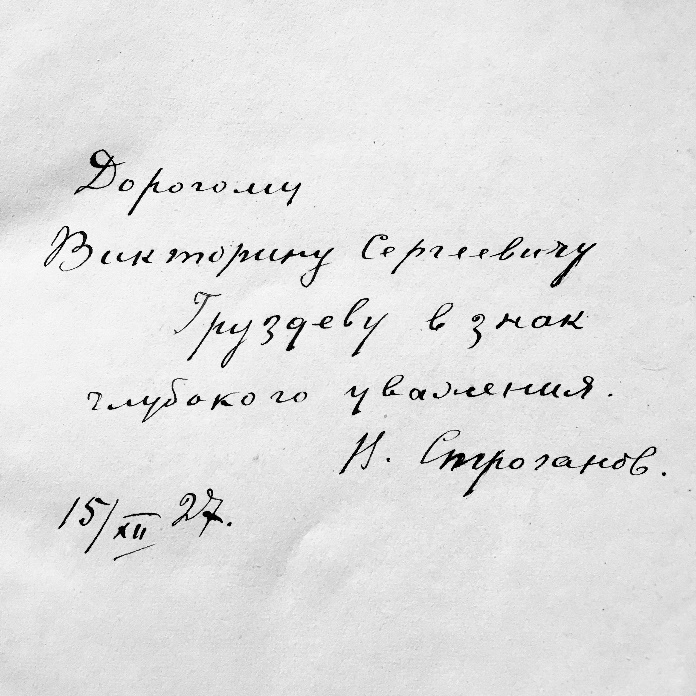
 

Рис. 1. Обложка книги и автограф проф. В.В. Строганова

И ещё. Кроме этой книги В.В. Строганов прислал отдельный оттиск своей работы «Результаты лечения эклампсии после консультации по телефону», изданной в 1930 году на французском языке в Париже. И тоже с автографом: *«Многоуважаемому Викторину Сергеевичу В. Строганов».* Проф. В.С. Груздев после изучения его трудов, наконец-то решился на публикацию опыта казанской клиники. Открываем первоисточник.

Прежде всего, В.В. Дьяконов чётко обозначил существование двух взглядов на лечение эклампсии. Один – консервативный метод, внедрённый В.В. Строгановым, другой – активный, скорым родоразрешением операцией кесарево сечение. Излагая основные моменты способа В.В. Строганова, он писал *«профилактический способ лечения эклампсии ставит себе целью устранить экламптические припадки, понижая раздражительность центральной нервной системы, доведя до минимума возможные раздражения и ослабляя спазм сосудов. Все эти мероприятия ведут к более правильному кровообращению и, таким образом, к правильной функции всех органов».*

Далее, говоря о том, что одним из пунктов профилактического метода является «скорое, но безопасное оперативное родоразрешение», подчёркивает, что *«Кесарское сечение проф. Строганов признаёт операцией вредной при этой болезни».* И подтверждает большой смертностью экламптичек при кесаревом сечении по литературным данным от 16,7% до 34,8%.

Читаем далее его, надо полагать, совместные с В.С. Груздевым, рассуждения: *"До тех пор, пока патогенез эклампсии не будет вполне точно выяснен, к лечению ее нам придется относиться чисто эмпирически... 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 "саеteris раribus", то есть 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 с 1900 по 1929 г.".*

На 3733 родов эклампсия возникла у 34 (0,9%) женщин: у 24 - в родах (умерли две), у 10 - в послеродовом периоде (умерли две). Смертность рожениц и родильниц составила **11,7%.** До 1917 г. в клинике применяли исключительно симптоматическую терапию, но, надо полагать, постепенно перешли к выполнению метода В.В. Строганова, придерживаясь его принципов. Это видно из следующего текста: *"Терапию эклампсии, проводимую в нашей клинике, можно назвать выжидательной, но выжидательной до тех пор, пока не создалось необходимых условий для родоразрешения, например 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 тактики, клиника видела в кесарском сечении бережную, безопасную, совершенно типичную операцию, дающую небольшой процент смертности. ...все наши случаи кесарского сечения окончились благополучно для матерей и детей".*

В.В. Дьяконов задается вопросом: "Чем же объяснить лечебный эффект кесарского сечения при эклампсии"? Ответ его достаточно убедителен: *"Первая и самая основная причина ... – это быстрое устранение беременности..., а кроме того... большую роль играет неизбежная при этой операции кровопотеря".* И далее приводит мнения профессоров В.В. Строганова, А.П. Губарева и В.С. Груздева о "пользе кровопускания" и даже описывает клиническое наблюдение благоприятного влияния кровопускания, где припадки эклампсии продолжались и после кесарского сечения, но прекратились после кровопускания.

Завершая статью, В.В. Дьяконов приходит к мнению, что при лечении эклампсии «*надо строго индивидуализировать каждый отдельный случай, причем в прямой зависимости от* ***видимых клинических симптомов и течения болезни****"* (выделено ЛК).

Внимание привлекло упоминание «видимых клинических симптомов и течения болезни». В воздухе уже во всю гуляло мнение о необходимости лечить не следствие (эклампсию), а явление, то есть приводить в порядок функции тех органов, которые приводят к «клиническим симптомам», а именно: отёкам, протеинурии, гипертонии, и «течению болезни» - отёк, нефропатия, преэклампсия. Скоро всё это будет узаконено и внедрено в практику родовспоможения на государственном уровне. А пока вернёмся к предмету нашего внимания.

Тридцать лет понадобилось В.С. Груздеву и его сотрудникам, чтобы выпустить "первую ласточку" о лечении эклампсии. В ней мы ещё не видим прямого указания на преимущество Строгановского метода. Вскоре появилась и «вторая ласточка».

В Сборнике работ КГМИ (1934), посвященном 100-летию казанской акушерско-гинекологической клиники, находим "Медицинский отчет родильного отделения за 18 лет (1915-1932 гг.)".

Автор - ассистент М.А. Романов [10], в разделе "Эклампсия" пишет, что за эти годы эклампсия встретилась в 66 (0,96%) случаях. Пропуская описание различных вопросов, характеризующих опыт клиники, читаем: "*В отношении лечения эклампсии наша клиника придерживалась главным образом профилактического принципа, покоящегося на регулярных инъекциях морфина, введения в клизмах хлоралгидрата и устранении всех раздражающих моментов (метод Строганова), и только в тех случаях, где этот метод не давал желаемого эффекта, применялась та или иная родоразрешающая операция".*

Процент оперативных вмешательств при эклампсии составил 33,3%. М.А. Романов, сравнивая свои результаты с результатами отечественных авторов, показывает сдержанность казанской клиники: Хаджинский (Харьков) - 85,7%, Селицкий (Москва) - 83,3%, Окинчиц (Ленинград) - 64,0%.

Главный показатель - материнская смертность от эклампсии составила **3%.** Для сравнения: Гусаков (Ленинград) - 16,4%, Селицкий (Москва) - 21,3%, Сахаров (Одесса) - 14,3%, Окинчиц (Ленинград) - 16,6%.

М.А. Романов комментирует: *«Это сопоставление говорит о том, что при установившемся у нас методе лечения эклампсии* (надо полагать метод В.В. Строганова, ЛК) *мы имели более благоприятные результаты, чем другие клиники, которые являются сторонниками активного вмешательства в родовой акт».* Отметим, что при внедрении в казанской клинике метода В.В. Строганова, снижение материнской смертности при эклампсии произошло более чем в 4 раза - с 13,6% до 3%.

В 30-тые годы в СССР полностью признали правоту проф. В.В. Строганова в отношении профилактики и лечения эклампсии. Вот что по этому поводу писал уже известный нам Б.И. Бурдэ: *«произошёл перелом в оценке строгановского метода и в Московском акушерско-гинекологическом обществе; в заседании от 2 февраля 1938 г. все выступавшие в прениях по докладу проф. Строганова, а также председатель в заключительном слове высказались за преимущество консервативного лечения и приветствовали проф. Строганова как упорного борца за этот метод».*

Через 6,5 месяцев после этого заседания, 24 сентября 1938 года на 81 году жизни проф. В.В. Строганов скончался. Проф. Л.И. Бубличенко в некрологе (11) отметил, что *«имя проф. Строганова стало известно почти всему миру. …В 1912 году проф. Строганов был избран почётным членом Ирландской медицинской академии. В 1913 г. на Международной конференции в Брюсселе он был избран почетным президентом от России; он состоял почётным членом акушерско-гинекологических обществ: Бельгийского с 1914 г., Ленинградского, Московского, Югославского с 1924 г., а с 1927 г. …одного из старейших акушерско-гинекологических обществ – Эдинбургского»*

Бельгийское акушерско-гинекологическое общество присудило В.В. Строганову премию в 12000 франков за лучшую работу последних 4-х лет по акушерству и гинекологии. Наркомздрав СССР учредил премию им. проф. В.В. Строганова в размере 10000 рублей. Его книга «Профилактический метод лечения эклампсии» вышла на русском языке в 3-х, на английском -в 1 и на французском – в 1 изданиях. Вот так был утверждён итог длительной и упорной борьбы проф. В.В. Строганова за здоровье матери и её ребёнка.

**2. Дальнейшее развитие учения о эклампсии в Казани. Инициатива проф. П.В. Маненкова. Рекомендации проф. Р.Г. Бакиевой.**

Как видим, в первые 30 лет XX века в клинике было внедрено, образно говоря ощупью, лечение эклампсии в соответствии с принципами В.В. Строганова. Между тем, благодаря научным исследованиям В. Цангемейстера [7], сформировалась тенденция к замене термина "эклампсия" на "поздний токсикоз беременных". Всё громче и громче, раздавались голоса о возможности предупреждения эклампсии путём предварительного выявления и лечения у беременных явлений ПТБ: «отёка», «нефропатии» и, в запущенных случаях, «преэклампсии». И чем раньше, тем успешнее проходило лечение этих состояний и тем самым предупреждение эклампсии. В 1935 году 16-й Всероссийский съезд Советов принял постановление о расширении сети женских консультаций, фельдшерско-акушерских пунктов, колхозных роддомов, что позволяло осуществить тщательный дородовый осмотр беременных с обязательным выявлением отёков, белка в моче и повышения АД (ОПГ гестоз – триада Цангемейстера). Это подавало надежду на улучшение борьбы с эклампсией.

Великая Отечественная война 1941-1945 годов отодвинула на второй план это замечательное начинание. В клинику на роды беременные женщины поступали в тяжёлом состоянии и лечение эклампсии не всегда заканчивалось успехом. В тщательно составленных отчётах заведующего кафедрой акушерства и гинекологии КГМИ профессора П.В. Маненкова находим следующую информацию. В 1942 году в родильное отделение поступило 2025 женщин, 9 из них умерли, в том числе 6 от эклампсии. В 1943 году родильное отделение работало с перебоями, поэтому поступило только 665 женщин, умерло 3, смерти от эклампсии не было. В 1944 году поступило 817 женщин, умерли 2, в том числе 1 от эклампсии.

В послевоенное время страна медленно, но уверенно вставала из руин. Родовспоможение стало подниматься на научно-практической основе. В 1953 году Д.П. Бровкин писал [12]: *"****Наша ближайшая задача***(выделено ЛК) *- выявлять малейшие признаки нефропатии и своевременно применять соответствующие меры*" и рекомендовал при наличии ранних признаков нефропатии немедленную госпитализацию в стационар с целью тщательного обследования и лечения беременных.

Признавая огромную заслугу В.В. Строганова в том, что он *«исчерпывающе разработал наркотическую терапию эклампсии, придавая в свете учения И.П. Павлова большое значение охранительному режиму»,* Д.П. Бровкин предлагал основное внимание уделялось лечению нефропатии и эклампсии сернокислой магнезией по схеме, разработанной в Институте акушерства и гинекологии АМН СССР. Было установлено, что сернокислый магний, кроме наркотического действия, снимает спазм сосудов, понижает артериальное давление, повышает диурез и сродство гемоглобина к кислороду. Схема лечения сернокислой магнезией по Д.П. Бровкину предусматривала замену наркотиков в методе В.В. Строганова разовой дозой 6,0 гр. сухого вещества, вводя её внутримышечно 4 раза в сутки с перерывом в 4 часа.

В 1960 году состоялся I съезд акушеров-гинекологов РСФСР [13]. На заседании, посвящённом поздним токсикозам беременных, в президиуме мы видим проф. П.В. Маненкова. В многочисленных докладах были обсуждены научные и практические стороны этого осложнения беременности. Вернувшись домой, проф. П.В. Маненков в ответ на требование практики родовспоможения, совместно с отделом здравоохранения г. Казани и Минздравом ТАССР, активизировал работу женских консультаций по выявлению ранних начальных признаков поздних токсикозов беременных и их своевременное лечение.

При проведении, совместно с А.С. Лепёшкиной, анализа работы акушерского отделения РКБ МЗ ТАССР, было выявлено, что количество больных с ПТБ, поступивших в стационар, с каждым годом увеличивалось. Если в 1945 году они составляли 1,4%, в 1958 – 6,2%, то в 1959 году уже – 6,6%. При этом оказалось, что *«увеличение процента поздних токсикозов идёт за счёт их лёгких форм – отёка и нефропатии беременных. Частота же… эклампсии уменьшилась с 1,3% в1946 г. до 0,3% в1958 г. и 1959 г., причём смертность от эклампсии за последние 7 лет сведена к нулю»* [14]. Авторы выявили, что *«из 20 экламптичек за 1957,1958 и 1959 гг. – 6 не наблюдались во время беременности, 9 посетили консультацию всего 1-2 раза задолго до появления эклампсии и 5 или плохо наблюдались, или неправильно лечились в стационаре».*

Авторы, для проведения успешной борьбы с ПТБ, напомнили, что каждый участковый врач женской консультации и акушерка акушерского пункта *«должны охватить наблюдением всех беременных своего участка, …обследовать беременных во второй половине беременности два раза в месяц, а в последний месяц беременности – каждую неделю: при каждом исследовании тщательно определять отёки, белок в моче и АД и в случае появления даже незначительных признаков лёгких форм поздних токсикозов немедленно направлять такую больную в акушерское отделение для неотложного лечения».*

И с грустью заключают: *«Ни одна беременная с поздним токсикозом не должна оставаться дома, чего мы, к сожалению, пока не достигли»* и, подробно описывая лечение женщин с ПТБ, поступивших в стационар, предупреждают о тщательности проведения его, иначе возникнет эклампсия, что чаще случается в послеродовом периоде при успокоении медперсонала с окончанием родов.

Р.Г. Бакиева, защитив докторскую диссертацию «Функциональное состояние сосудистой системы при позднем токсикозе беременных», в 1963 году, по уходу проф. П.В. Маненкова на пенсию, возглавила кафедру акушерства и гинекологии № 1 КГМИ. Первейшей задачей было поставлено дальнейшее снижение материнской смертности от эклампсии в ТАССР.

Проведя анализ за 10 лет [15], она установила, что количество эклампсий с 30,9 на 10000 населения в 1958 году снизилось до 12,3 на 10000 населения в 1964 году. Летальность при ПТБ в указанные годы также снизилась с 2,0 до 0,7 на 10000 населения. Анализируя 71 историю родов умерших за указанный период при ПТБ, она установила, что *«по частоте первое место* (36 случаев – реплика ЛК) *занимает смерть от острой сердечно-сосудистой недостаточности, которая клинически проявляется или в виде коллапса, или в виде отёка лёгких».* На втором месте непосредственной причиной оказалось кровоизлияние в мозг, на третьем – кровотечение. Главнейшими дефектами были недостаточное наблюдение и неполноценное обследование беременных в женских консультациях, что приводило к поздней госпитализации больных с токсикозом в стационар (7 женщин родили дома – реплика ЛК) и чаще всего уже в тяжёлом состоянии.

По результатам анализа была намечена как со стороны МЗ ТАССР, так и со стороны двух кафедр мединститута, серия мероприятий по ликвидации причин материнской смертности, в которых значительное место уделено совместному акушеров и терапевтов обсуждению профилактических и терапевтических действий в случае острой сердечно-сосудистой недостаточности у беременных, рожениц и родильниц при ПТБ.

Два профессора, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии № 1 Р.Г. Бакиева и профессор - консультант П.В. Маненков обсудили сложившуюся ситуацию и пришли к единодушному мнению о необходимости во главу угла работы кафедры поставить научные исследования ПТБ. Наметили план – «Разработать принципы ведения родов при тяжёлых формах позднего токсикоза беременных». Исполнителем был намечен ассистент кафедры К.В. Воронин. Итоги научного исследования предполагалось оформить в виде докторской диссертации.

Корнелий Валентинович Воронин, будучи, по своему характеру, весьма деятельным человеком, организовал рабочую группу из молодых врачей и приступил к выполнению задания. Был установлен творческий контакт с ВНИИАГ МЗ СССР. Его директор, академик Л.С. Персианинов, куратор всесоюзной программы по изучению гестозов профессор И.П. Иванов, куратор проблемы анестезиологии и реанимации в акушерстве и гинекологии профессор Н.Н. Расстригин оказали неоценимую поддержку и консультативную помощь при выполнении работы. В 1977 годы им успешно защищена докторская диссертация на тему «Современные принципы ведения родов и послеродового периода при тяжёлом позднем токсикозе беременных». В ней обоснованы четыре принципа ведения родов:

Первый принцип – длительное и поэтапное обезболивание. Основу анестезиологического пособия составила длительная поэтапная аналгезия на всех этапах родоразрешения, начиная от премедикации, проводимой вечером накануне родов, и вплоть до первых 3-5 дней послеродового периода. Как известно кульминация болевых ощущений наступает в активную фазу первого периода родов. Для обезболивания при раскрытии шейки матки на 5-6 см в ряде случаев применялось внутривенное введение 500-1000 мг виадрила, а в ряде случаев использовали перидуральную анестезию в сочетании с нейролептиками или электросном. Достигнутый обезболивающий эффект продолжался во втором, третьем периодах родов и в послеродовом периоде (Ф.Я. Банщик – ««Анестезиологическое обеспечение родов при тяжёлых формах позднего токсикоза», канд. дисс., 1977).

Второй принцип – регуляция АД крови осуществлялась внутривенным капельным введением арфонада или имихина. В экстренных случаях использовался пентамин (И.И. Фрейдлин - «Некоторые вопросы применения пентамина в акушерской практике», канд. дисс., 1967).

Третий принцип – регуляция родовой деятельности проводилась внутривенным капельным введением окситоцина. Начальная скорость вливания составляла 10 капель в минуту, через 2 часа – 20 капель и ещё через 3 часа – 30 капель. Эффективность родовызывания на фоне вскрытого плодного пузыря составила 97,14%. (К.В. Воронин - «Сравнительная оценка вызывания родов методами Г.М. Шарафутдинова, М.Е. Барац и внутривенным введением окситоцина», канд. дисс., 1966).

Четвёртый принцип – создание комфорта для плода в конце первого и во втором периодах родов внутривенным введением роженице «медикаментозно-энергетического коктейля» и оксигенации (С.С. Габбасова -«Сердечная деятельность плода в условиях интенсивной терапии токсикоза в родах», канд. дисс., 1979).

При соблюдении указанных принципов длительность родов у рожениц с тяжелой формой гестоза сократилась в 2 раза, причем у половины рожениц она не превышала 6 часов. Прогрессирование гестоза до эклампсии наблюдалось в 0,9 % случаев (в контроле - 9,1%), т. е. снижение в 10 раз. Частота осложнений снизилась с 52,5 до 9,8% (в 5 раз), оперативные вмешательства - с 21,8 до 6,6 % (в 3 раза), патологическая кровопотеря - с 23,2 до 3,8% (в 6 раз), перинатальная смертность с 14,6 до 9,7 ‰ (в 1,5 раза). Материнской смертности от эклампсии не было.

Известно, что послеродовая эклампсия составляет в структуре материнской смертности не менее 25% всех эклампсий. По данным проф. Р.Г. Бакиевой случаи смерти от эклампсии в 40% наблюдений были в послеродовом периоде. Продолжение системного лечения гестоза после родов на протяжении 3-5 дней способствовало полной ликвидации в клинике послеродовой эклампсии (Н.С. Полякова - «Лечебно-реабилитационные мероприятия у родильниц с поздним токсикозом беременных», канд. дисс., 1979).

Кроме сказанного выше, две кафедры акушерства и гинекологии КГМИ развернули интенсивную научную работу в этом направлении. Краткое изложение результатов приводим в хронологическом порядке.

В 1952 г. К.Н. Сызганова в кандидатской диссертации «Строение децидуальной и ворсистой оболочек плодного яйца в различные сроки нормальной беременности и при токсикозах», склонилась в выводах в пользу плацентарной теории этиологии токсикоза беременных: *«Анатомическая и функциональная неполноценность децидуальной ткани во время беременности, при наличии усиленной пролиферации эпителия хориона, создаёт благоприятные условия для воздействия пролиферативных элементов последнего на организм матери, отвечающей на это явлениями токсикоза».*

В 1961 г. Л.Г. Сотникова защитила кандидатскую диссертацию «Белки сыворотки крови при нормальной беременности и поздних токсикозах по данным электрофореза на бумаге».

В 1965 г. М.П. Абаимов, в кандидатской диссертации «Влияние поздних токсикозов беременных на послед и новорождённого», выявил многочисленные значительные изменения последа при гестозе и выраженное отрицательное влияние на новорождённого.

В 1967 г. И.И. Фрейдлин в кандидатской диссертации «Некоторые вопросы применения пентамина в акушерской практике», провёл исследования и установил, что *«отечественный препарат пентамин оказывает сильное, быстро наступающее, но сравнительно кратковременное гипотензивное действие… Наибольший эффект наблюдается при применении пентамина с целью оказания экстренной помощи при тяжёлых формах позднего токсикоза беременных взамен кровопускания*». Это перемещение крови получило название «фармакологическое кровопускание», оно может достигать до 30% ОЦК, но, после прекращения действия препарата, кровь возвращается из депо и анемизации организма не наступает.

На основании сочетания выраженного гипотензивного эффекта со спазмолитическим действием на шеечную мускулатуру матки, становится популярным термин "фармакологическое кровопускание" при лечении гестоза, взамен истинного кровопускания.

В 1968 г. О.И. Линева в кандидатской диссертации «Роль аутоаллергического компонента в патогенезе поздних токсикозов беременных», установила роль аутоаллергического компонента в развитии гестоза.

К этому году сформировалась аллергическая теория патогенеза поздних токсикозов беременных, базирующая на данных о сенсибилизации организма матери к антигенам плацентарной ткани. Два профессора, акушер-гинеколог Р.Г. Бакиева и патофизиолог М.А. Ерзин при консультации третьего – П.В. Маненкова, поручили аспиранту О.И. Еврухиной (в замужестве Линёва) многоплановое изучение этого вопроса. Одной из задач было исследование сравнительной выраженности антигенов в тканях плаценты при нормально протекающей беременности и при поздних токсикозах. Проведя клинико-лабораторное научное исследование 503 беременных, она выявила прямую зависимость между наличием и высотой антиплацентарных антител – с одной стороны, и тяжестью, и длительностью течения болезни, - с другой. Результаты этого исследования дали основание О.И. Еврухиной утверждать, что в патогенезе ПТБ важная роль принадлежит нарушению иммунологического равновесия между плодом и организмом матери. При этом *«Ведущим звеном в цепи патологических процессов, возникающих при поздних токсикозах беременных, являются аллергические реакции немедленного типа, обусловленные сенсибилизацией организма матери к чужеродным для неё антигенам тканей плодного яйца».* Тем самым подтвердила вывод К.Н. Сызгановой о плацентарном происхождении гестоза.

В 1969 г. Л.Г. Сотникова защитила докторскую диссертацию «Некоторые патогенетические механизмы поздних токсикозов беременных» и опубликовала монографию «Поздний токсикоз беременных» (Л., 1971), в которых подробно обсуждены тонкости патогенеза поздних токсикозов. Она произвела антигенный анализ сыворотки крови женщин, больных токсикозом, изучила у них изменения адренергических и холинергических процессов, содержания серотонина, липо- и гликопротеидов, протеинов, сиаловых кислот, активность гистаминазы. Выявленные изменения предложено использовать при оценке состояния и лечения больных.

В 1973 г. И.К. Байтеряк защитил кандидатскую диссертацию «Экскреция альдостерона, обмен электролитов и удельный вес крови при поздних токсикозах». Выявил повышение удельного веса крови за 2-3 недели до появления первых клинических признаков токсикоза.

В 1974 г. Л.В. Никонова в кандидатской диссертации «Микроциркуляция и кислотно-щелочное равновесие, их динамика и связь при некоторых заболеваниях» выявила нарушения микроциркуляции у беременных с гестозом.

В том же году М.И. Котова в кандидатской диссертации «Глюкокортикоидная функция надпочечников у детей, родившихся от матерей с поздним токсикозом беременности», отметила напряжение глюкокортикоидной функции надпочечников у детей, рожденных матерями с гестозом.

В 1978 г. Н.А. Белова в кандидатской диссертации «Лечебно-реабилитационные мероприятия у новорождённых, родившихся от матерей с тяжёлым поздним токсикозом», разработала методику по выхаживанию маловесных новорожденных, родившихся у женщин с тяжелым гестозом. В комплексе лечебных мер использовалась гипотермия головного мозга у новорождённых.

В 1980 г. В.И. Журавлева в кандидатской диссертации «Функции почек у женщин, перенесших тяжёлый поздний токсикоз беременных» на основании радиоизотопного изучения функций почек у женщин, перенесших тяжелый гестоз в родах, установила, что срок диспансерного наблюдения должен составлять 1,5-2 года. Эти данные вошли во всесоюзные рекомендации.

В 1981 г. В.А. Мельников в кандидатской диссертации «Газообмен и микроциркуляция у беременных с поздним токсикозом» выявил дисбаланс между вентиляцией и кровотоком в легких.

В том же году В.Ф. Юдина в кандидатской диссертации «Характеристика окислительно-восстановительных процессов при позднем токсикозе беременных» показала диагностическую и прогностическую ценность определения окислительно- восстановительных процессов при осложнении беременности и родов гестозом.

В 1987 г. А.Н. Юсупова в кандидатской диссертации «Клиническое значение оценки внешнего пути свёртывания крови с помощью определения 5' нуклеотидазы для диагностики тяжести позднего токсикоза беременных» установила связь интенсивности процесса микровезикуляции с тяжестью гестоза.

В 1994 г. Д.В. Добронецкая в кандидатской диссертации «Клиническое значение эндотоксинемии при ОПГ-гестозе» показала значение эндотоксинемии при гестозе и разработала мероприятия по ее снижению.

В 1998 г. М.В. Ситарская в кандидатской диссертации «Состояние вегетативной нервной системы у беременных с поздним гестозом» изучила состояние вегетативной нервной системы у беременных с гестозом и установила, что у 90% беременных с поздним гестозом имеются выраженные вегетативные расстройства «в рамках синдрома вегетативной дисфункции».

Полученные результаты широко были освещены в специальной печати, доложены на конференциях и съездах, многократно обсуждены на заседаниях научного общества акушеров-гинекологов г. Казани и внедрены в практику родовспомогательных учреждений. Достигнутые успехи получили положительную оценку в редакционной статье, подытожившей дискуссию, на страницах журнала "Акушерство и гинекология" (16). Заведующему кафедрой профессору Л.А. Козлову было поручено прочитать актовую речь, опубликованную в "Казанском медицинском журнале" [17]. Совместно с проф. З.Ш. Гилязутдиновой было издано методическое письмо "Тактика ведения беременности и родов при поздних токсикозах беременных" (Казань, 1986) для врачей-курсантов ГИДУВа.

И так, поздний токсикоз беременных и эклампсия как крайняя форма его выражения на протяжении Х1Х-ХХ веков являлась актуальной проблемой акушерства. Частота этой патологии, к сожалению, высока и имеет тенденцию к увеличению. Успехи в лечении ПТБ и ликвидации эклампсии определялись достижениями в различных отраслях медицины и их внедрением в практику в соответствии с принципами В.В. Строганова. Как показал опыт акушерско-гинекологической клиники им. проф. В.С. Груздева, снизить частоту тяжелых форм гестоза и совсем избежать эклампсии можно путем раннего выявления гестоза в женской консультации, своевременной госпитализации в отделение патологии беременности, тщательного лечения, в соответствии с принципами В.В. Строганова, современными лекарственными средствами, бережного родоразрешения через естественные родовые пути по разработанной методике или своевременным кесаревым сечением, с обязательным продолжением интенсивного лечения в послеродовом периоде.

В дальнейшем ПТБ (по принятой сегодня классификации преэклампсия и эклампсия) интенсивно изучались в Казани «научными правнуками» В.С. Груздева - сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии № 1 Казанской медицинской академии (в прошлом ГИДУВ) под руководством профессора Л.И. Мальцевой. Но это уже современная история.

Литература

1. Столыпинский А. В. Медицинский отчет акушерской клиники проф. Н.Н. Феноменова (1876-1887). Казань; 1888.

2. Вознесенский А. П. Медицинский отчёт акушерской клиники проф. Н.Н. Феноменова при Императорском Казанском Университете (1887/88-1892/93 уч. г.). Журнал акушерства и женских болезней. 1896; № 9, 10, 11.

3. Горизонтов Н.И. О псейдоэклампсии. Казань; 1906.

4. Горизонтов Н.И., Малиновский М.С., Тимофеев А.И. Казанская акушерско-гинекологическая клиника в её прошлом и настоящем. Сборник работ по акушерству и гинекологии, посвящённый проф. В.С. Груздеву. Петроград; 1917-1923.

5. Селицкий С.А. Эклампсия в клиническом отношении. М.; 1926.

6. Груздев В. С. Эклампсия. В кн.: «Курс акушерства и женских болезней». Ч. ІІ. Т. І. Берлин; 1922.

7. Цангемейстер В. Учение об эклампсии. М.; 1928 (перевод с немецкого).

8. Дьяконов В.В. К вопросу о терапии эклампсии. Казанский мед. ж. 1931; 11-12.

9. Строганов В.В. Важнейшие осложнения беременности и родов. М.-Л.; 1928.

10. Романов М.А. Медицинский отчёт родильного отделения за 18 лет (1915-1932). Сборник работ КГМИ. Казань; 1934.

11. Бубличенко Л.И. Василий Васильевич Строганов (некролог). Акушерство и гинекология. 1939; 1.

12. Бровкин Д.П. Профилактика и лечение эклампсии. Акушерство и гинекология. 1953; 3.

13. Труды I съезда акушеров- гинекологов РСФСР. Ленинград; 1961.

14. Маненков П.В., Лепёшкина А.С. Поздние токсикозы беременных. Казанский мед. ж. 1963; 2.

15. Бакиева Р.Г. Анализ материнской смертности от позднего токсикоза беременности по материалам родовспомогательных учреждений ТАССР за 10 лет. Труды научной конференции, посвящённой столетию со дня рождения заслуженного деятеля науки РСФСР, профессора Викторина Сергеевича Груздева. Казань; 1966.

16. Акушерство и гинекология. 1977; 6.

17. Козлов Л.А. Эклампсия: проблемы, успехи, прогнозы (актовая речь). Казанский мед. ж. 1985; 1.

References

1. Stolypinskyi A.V. Medical report of obstetrical clinic prof N.N. Fenomenov (1876-1887). Kazan; 1888

2. Vosnesenskyi A.P. Medical report of obstetrical clinic prof N.N. Fenomenov in Kazan Imperor`s University (1887/88-1892). Journal of obstetrics and female diseases. 1896; № 9,10,11

3. Gorizontov N.I. About pseudoeclampsia. Kaza; 1906

4. Gorizontov N.I., Malinovskyi M.S, Timofeev A.I. Kazan obstetrical-gynecological clinic in its past and present. Collection of research in obstetrics and gynecology, dedicated prof. V.S. Gruzdev. Petrograd; 1917-1923

5. Selitskyi S.A. Eclampsia in clinical approach. Moscow; 1926

6. Grusdev V.S. Course of obstetrics and female diseases. Part 2, Berlin, 1922

7. Tsangeimeister Eclampsia study, Moscow; 1928

8. Dyakonov V.V. Eclampsia treatment. Kazan medical journal, 1931; 11-12

9. Stroganov V.V. The most important complications of the pregnancy and labor. Moscow-Leningrad; 1928

10. Romanov M.A. Medical report of Labor and delivery department for 18 years (1915-1932) Collection of researches, Kazan; 1934

11. Bublichenko l.I V.V. Stroganov (obituary), Obstetrics and gynecology, 1931; 1

12. Brovkin D.P., Prevention and treatment of preeclampsia, Obstetrics and gynecology, 1953; 3

13. Collection of research of the 1 congress of obstetricians and gynecologists of Russian SSR, Leningrad, 1961

14. Manenkov P.V., Lepyoshkina A.S., Late toxicosis of the pregnant women, Kazan medical journal, 1963; 2

15. Bakieva R.G. Maternal mortality after late toxicosis. 10 year review. Materials of the conference dedicated to 100 year anniversary of prof V.S.Gruzdev, Kazan 1966

16. Obstetrics and gynecology. 1977; 6

17. Kozlov L.A. Eclampsia: problems, success, prognosis. Kazan medical journal, 1985; 1

Опубликована в ж. Здравоохранения Чувашии, 2022, № 1, стр. 73-92.