

Г. Г. Гентер

АКУШЕРСКИЙ
СЕМИНАРИЙ

ТОМ 1

*Государственное
Медицинское
Издательство*

Г. Г. ГЕНТЕР
ПРОФЕССОР 2 ЛЕНИНГРАДСКОГО
МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

АКУШЕРСКИЙ СЕМИНАРИЙ

Том I



ГОСУДАРСТВЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
ЛЕНИНГРАД * 1931 * МОСКВА

akusher-lib.ru

2-я типография Изд-ва Леноблисполкома и Совета, Улица 3-го Июля, 55.

Ленинградский Областлит № 4338. Тираж 5000 экз. 19 л. Зак. № 9064.

Медгиз № 106/л. МД—2—24.

Оглавление

	Стр.
Предисловие	5
Кровотечения в конце беременности и в родах.	
Случай 1-й. Краевое предлежание последа	7
" 2-й. Частичное предлежание последа	15
" 3-й. Частичное предлежание последа	23
" 4-й. Полное предлежание последа	30
" 5-й. Ранение преддверья влагалища	38
" 6-й. Преждевременное отделение детского места. Разрыв плодного пузыря	41
" 7-й. Преждевременное отделение детского места. Поворот по Вraxton-Nicks'у	48
" 8-й. Преждевременное отделение детского места. Двойни. Поворот на ножку	53
" 9-й. Выпадение последа	57
" 10-й. Преждевременное отделение детского места. Влагалищное кесарское сечение	60
" 11-й. Преждевременное отделение детского места. Операция Pogo	71
А б о р т .	
Случай 12-й. Выкидыш угрожающий	76
" 13-й. Выкидыш неполный	81
" 14-й. Выкидыш искусственный. Выскабливание	90
" 15-й. Выкидыш искусственный. Влагалищное кесарское сечение	95
" 16-й. Выкидыш искусственный. Операция Heinsius'a	98
" 17-й. Выкидыш искусственный. Малое кесарское сечение со стерилизацией	102
" 18-й. Прободение матки при выкидыше. Чревосечение	109
" 19-й. Прободение матки при выкидыше. Ампутация матки	111
" 20-й. Прободение матки несквозное	113
" 21-й. Выкидыш лихорадочный	115
" 22-й. Выкидыш ослаженный	121
" 23-й. Выкидыш несостоявшийся	124
" 24-й. Пузырный занос	130
" 25-й. Хорионэпителиома	137
Осложнения беременности.	
Случай 26-й. Туберкулез и беременность	144
" 27-й. Порок сердца и беременность	150
" 28-й. Пиелит и беременность	161
" 29-й. Аппендицит и беременность	168
" 30-й. Сифилис и беременность	178
" 31-й. Гонорея и беременность	186

	Стр.
Случай 32-й. Киста яичника и беременность	193
„ 33-й. Фибромиома матки и беременность	199
„ 34-й. Рак, матки и беременность	208
„ 35-й. Ущемление беременной ретрофлексированной матки	214
„ 36-й. Неукротимая рвота	222
Патология последового периода.	
Случай 37-й. Последовый период. Атоническое кровотечение	237
„ 38-й. Частичное приращение последа	253
„ 39-й. Задержка части последа	261
„ 40-й. Задержка оболочек	275
„ 41-й. Кровотечение из разрыва	278
„ 42-й. Выворот матки	288
Предметный указатель	296

akusher-lib.ru

ПРЕДИСЛОВИЕ ПЕРВОЕ.

Идя навстречу просьбе некоторых товарищей-врачей, я в 1925 г. приступил к составлению „Акушерского семинария“.

Я воспользовался акушерским материалом заведомых мною пропедвгической акушерско-гинекологической клиники Государственного института медицинских знаний и родильного отделения больницы в память 25 Октября (б. Александровской), а также случаями, бывшими под моим наблюдением в родовспомогательном заведении (ныне Родильном доме имени проф. Снегирева), в гинекологическом отделении городской Обуховской больницы (ныне больницы имени Нечаева) и в больнице имени Чудновского. Из разобранных случаев только два прошли без личного моего участия.

Свой труд я посвящаю светлой памяти покойного моего учителя *Виталия Яковлевича Миллера*, много лет стоявшего во главе родильного отделения родовспомогательного заведения и своей беззаветной любовью к делу родовспоможения, своим чистым обликом врача-человека воодушевлявшего нас, своих учеников.

Выпускаемый первый том семинария снабжен рисунками, отчасти классическими, заимствованными из учебников *Bumm'a* и *Stöckel'я*, отчасти любезно исполненными д-ром *Надеждой Николаевной Ключевой*, за что я выражаю ей чувство живейшей признательности.

„Акушерский семинарий“ предназначается для врачей, совершенствующихся в акушерстве, и для студентов. „Семинарий“ — не учебник и не руководство. „Семинарий“ представляет собою собрание клинических разборов акушерских случаев — случаев не измышленных, а взятых из жизни — случаев, встретившихся на жизненном пути врача, работающего на большом акушерском материале. Каждый случай разобран совместно со слушателями, причем особенное внимание уделено диагностике и терапии. Попутно даются сведения по разбираемому вопросу, вполне достаточные, чтобы дать слушателю полное представление о соответствующей форме заболевания или аномалии родов.

Цель „Акушерского семинария“ — не увеличить число изданных книг по акушерству на одну единицу; задача его заключается в том, чтобы дать слушателю возможно яркую картину того или иного осложнения беременности и родов, помочь ему разобраться в нем, облегчить ему подчас тяжелую задачу дифференциального диагноза, научить его акушерскому мышлению, правильной оценке данных исследования, дающих в совокупности своей условия случая, помочь ему в деле постановки показаний к тому или

иному вмешательству, указать ему выбор правильной терапии и жизненно изложить технику избранного пособия.

Путь врача-акушера тернист; лишь неустанным, упорным трудом, самоотверженной любовью к своему делу, преданностью науке он приблизится к совершенству. И если настоящий скромный труд хоть немного поможет молодому акушеру на этом трудном пути, автор сочтет себя вполне удовлетворенным.

Проф. Г. Гентер.

Ленинград.
22 марта 1927 г.

ПРЕДИСЛОВИЕ ВТОРОЕ.

С момента выхода в свет первого тома „Акушерского семинария“ в издании „Практической медицины“ прошло три года. За этот период времени я имел возможность беседовать со многими участковыми врачами, неоднократно получал и письма от товарищей, работающих на далекой периферии. Наши молодые товарищи-врачи, рассеянные по бесчисленным уголкам нашего обширного Союза, стоящие одиноко в ответственной акушерской работе, недостаточно вооруженные практическим опытом, болезненно ощущают свою оторванность от клиники и потребность в совете у постели роженицы. И этот совет они нередко находили в „Акушерском семинарии“. Надеюсь, что и дополненное и исправленное издание „Семинария“ будет встречено нашим периферическим врачом столь же радушно.

С другой стороны „Акушерский семинарий“ встретил благосклонный прием и в некоторых медицинских школах. Введение новых методов преподавания потребовало от преподавателя именно семинарской проработки отделов нашей науки, с практическим уклоном, но отнюдь не в ущерб теоретической подготовке учащегося. Может быть и тут мой „Акушерский семинарий“ окажется полезным как преподавателю, так и студенту.

Проф. Г. Гентер.

15 сентября 1930 г.

КРОВОТЕЧЕНИЯ В КОНЦЕ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ.

Случай 1-й.

Наталя Г., 40 лет (№ приемного журнала 9359), жена кочегара, поступила в больницу 10 июля 1925 г. в 8 часов, со слабыми родовыми болями.

В анамнезе 10 срочных родов; выкидышей не было. Все роды протекали нормально. В живых—5 детей. Последние роды 5 лет назад. Времени последних регул не помнит. Первое движение плода—5 февраля.

Беременность протекала без особенностей.

Роженица правильного телосложения, плохого питания. Окружность живота 96 см; высота дна матки 38 см. Размеры таза: 25—27—30—18.

Величина живота соответствует доношенной беременности. В дне матки левее средней линии ясно прощупывается головка плода, спинка справа, над входом в таз баллотирует крупная часть, похожая на ягодицы. Сердечные тоны плода выслушиваются яснее всего справа, несколько выше пупка.

Дежурным врачом произведено исследование через прямую кишку (9 час. 30 мин.). Шейка значительно укорочена, зев открыт на 2 пальца, предлежащая часть не достижается. В силу последнего обстоятельства сделано вагинальное исследование: шейка пропускает 2 пальца. Пузырь цел, во время схватки еще напрягается. Сквозь оболочки определяются ножки плода (9 час. 50 мин.).

Каков диагноз? Каким должен быть образ действий?

1. Имеется 2-е ягодичное положение. Так как предлежание тазовым концом считается положением физиологическим и отсутствуют какие-либо показания к вмешательству, роды следует вести строго консервативно.
2. При высокостоящих ягодицах всегда полезно низвести ножку, а посему надо, пока пузырь цел, сделать низведение ножки.

Тазовые положения, как продольные, мы относим к правильным положениям. Правда, весьма нередко мы профилактически делаем низведение ножки. И хотя это вмешательство обычно не трудное и не сопряжено с какой-либо опасностью, тем не менее оно требует для своего оправдания известных показаний. Если напр. имеется некоторое сужение таза и можно в силу этого предвидеть затруднения в периоде изгнания, то полезно будет низвести ножку, чтобы иметь возможность в нужный момент закончить роды извлечением. У первородящих, особенно пожилых, у которых, как известно, роды при ягодичных положениях обычно принимают затяжной характер, низводя заблаговременно ножку, мы создаем себе как бы рукоятку и обеспечиваем себе возможность родоразрешения. Каждый опытный акушер знает, какие бывают трудности при извлечении за паховой сгиб при плотно вколотившихся в таз ягодицах у первородящих и как иногда приходится жалеть, что не сделано во-время профилактическое низведение ножки. Также и при наклонности предлежащих ягодиц отклоняться в сторону низведение ножки является мерой рациональной. Наконец при кровотечениях в периоде раскрытия, зависящих от отслойки предлежащего или низко прикрепленного детского места, низведение ножки оказывает нам

огромную услугу, прекращая дальнейшую отслойку, создавая прижатие кровотока сосудов и ускоряя родовой акт.

Какие же показания к низведению ножки можно найти в нашем случае?

Женщина рожает 11-й раз, препятствий к изгнанию плода со стороны таза нет, мягкие родовые пути широкие. Можно рассчитывать, что по окончании периода раскрытия ягодицы весьма быстро опустятся в полость таза и что период изгнания протечет без малейших затруднений.

Итак, мы отвергаем низведение ножки и придерживаемся выжидательной тактики (10 час.).

До вечера схватки были очень слабые и редкие, к вечеру роженица во время пауз засыпала на короткое время. Ничто не предвещало ничего грозного, как вдруг ночью (в 1 час 11 июля) началось сильное кровотечение, залившее в несколько минут всю постель.

Откуда кровотечение? Что произошло? Что делать?

1. Повидимому имеется предлежание последа. Произошла частичная отслойка его. Помощь требуется немедленная, но прежде чем решиться на то или иное вмешательство, следует сделать внутреннее исследование.
2. Не произошло ли какого-либо разрыва мягких родовых путей? Травмы не было никакой, но можно подумать о самопроизвольном разрыве напр. нижнего сегмента или шейки. Исследование необходимо.
3. Предлежание последа мало вероятно: ведь прошло уже более полусуток родовой деятельности. Можно подумать о разрыве пупочных сосудов при плевистом прикреплении. Необходимо исследование.

Все вы сходитесь на одном: надо поскорее произвести вагинальное исследование, потому что только оно может выяснить диагноз.

Хорошо, что вы подумали о плевистом прикреплении пуповины. Это столь редкое осложнение обычно забывают. Если пуповина прикреплена не к детскому месту, а к оболочкам, и пупочные сосуды пролегают на некотором протяжении между водной и ворсистой, то может случиться, что именно этот участок оболочек, несущий в себе сосуды, придется на нижний полюс плодного яйца, образуя плодный пузырь. На высоте схватки произойдет разрыв плодного пузыря, причем могут порваться и пупочные сосуды. В результате получится внезапное сильное кровотечение. Интересно, что это — единственный случай, когда во время родов из родовых путей матери течет кровь плода. Если в течение нескольких минут плод не будет так или иначе извлечен, он буквально истечет кровью. Сердечные тоны, только что отчетливые, пропадают, и плод, по рождении его на свет, поражает своей мертвенной бледностью.

Вряд ли мы в нашем случае имеем дело с этим редким происшествием: 1) катастрофа началась сразу с кровотечения, воды не отходили, 2) сердечные тоны плода не изменились за несколько минут от начала кровотечения, 3) наконец при внутреннем исследовании в оболочках не было прощупано пульсирующих сосудов, хотя открытие было небольшое, и они могли в то время быть расположены вне пределов зева.

Разрыв мягких родовых путей, например нижнего сегмента матки можно решительно отклонить. Разрыв матки может произойти после продолжительной, бурной родовой деятельности, в периоде изгнания, спустя более или менее долгое время после отхождения вод; обычно от внимательного врача не ускользнут предвестники разрыва: беспокойство роженицы, истончение нижнего сегмента, постепенно поднимающееся вверх кольцо сокращения. Далее, кровотечение никогда не бывает столь обильным, обычно оно весьма

незначительно. Вслед за разрывом наступает острая перемена в общем состоянии роженицы, наступает коллапс.

В нашем случае роды находятся в периоде раскрытия, воды целы, родовая деятельность весьма слабая, никаких предвестников разрыва не было, общее состояние роженицы ничуть не изменилось. Кровотечение обильное. К тому же в первые же минуты после начала кровотечения была родовая боль, а известно, что после разрыва матки родовая деятельность прекращается. Разрыв нижнего сегмента мы решительно отклоняем. Для разрыва шейки нет ни малейших этиологических данных. Сильно кровоточащие разрывы шейки всегда травматического происхождения и являются делом рук человеческих. Мелкие физиологические разрывы не кровоточат.

Остается предположение об отслойке детского места, предлежащего или низко прикрепленного. Несомненно оно наиболее вероятно. Перед нами—многорожавшая женщина. Известно, что предлежание последа чаще встречается у женщин, уже не раз родивших. Старые авторы считали, что именно многорожавшие предрасположены к этой аномалии последа и объясняли это воспалительными изменениями слизистой оболочки матки. И если еще в 1919 г. *Hiess* вычислил процент первородящих с предлежанием последа лишь в 12, а для повторно- и многорожавших—88%, то за последнее время наблюдения говорят иное. По *Henkel*'ю первородящих всего 8%, по Флорову (1929) 15%. По статистике *Stöckel*'я, наоборот, наибольшее число предлежаний последа падает на первородящих, по *Conrad*'у первородящих среди предлежаний последа 20,2%, второродящих—16,7%, в третий раз родящих—21,6%, всех же остальных гораздо меньше. Мои наблюдения все же более подтверждают мнение старых авторов, и я склонен при кровотечениях в конце беременности или в начале родов у многорожавших заподозрить предлежание последа скорее, чем что-либо другое.

У нашей больной кровотечение началось внезапно, в периоде раскрытия. Опять-таки известно, что при предлежании последа кровотечение появляется впервые в конце беременности, особенно при центральном предлежании, и находится в связи отчасти с раскрытием внутреннего зева, отчасти с растяжением нижнего сегмента. В то время как при центральном предлежании последа (обычно уже в конце беременности) кровотечение достигает значительной силы, так что к началу родов женщина является уже в сильной степени обескровленной, при боковом предлежании оно зачастую начинается лишь в начале родов, не достигая такой силы, как при центральном предлежании. При краевом предлежании обычно кровотечение начинается только во время родов.

Далее характерно наблюдение, что при предлежании последа родовые схватки очень слабы. И у нашей больной в периоде раскрытия родовая деятельность была очень вяла. Принимая во внимание указанные обстоятельства (внезапное начало кровотечения в периоде раскрытия при целых водах, при слабой родовой деятельности), мы имеем все основания предпочесть предлежание последа и притом вероятно краевое.

Конечно лишь внутреннее исследование может окончательно выяснить диагноз, а посему спешим его сделать (1 час. 11 июля).

Из влагалища течет довольно обильно жидкая кровь. Шейка сглажена, открытие зева—3 пальца. Пузырь цел, дряблый. Слева и спереди ясно определяется край детского места. Сквозь дряблую оболочку прощупываются обе ножки плода; пузырь разорван, захвачена передняя ножка двумя пальцами выше лодыжек и низведена. Она оказалась правой. Кровотечение немедленно прекратилось.

Итак, наш предположительный диагноз подтвердился: краевое предлежание последа. Спрашивается, почему же при первом исследовании не был поставлен диагноз предлежания?

Для полного уразумения поставленного вопроса разрешите несколько более подробно остановиться на понятии предлежания последа и его разновидностей.

Предлежание последа есть аномалия плаценты, которую характеризует прикрепление его в нижнем сегменте тела матки. Будет ли такое прикрепление результатом первичного оседания и внедрения оплодотворенного яйца в слизистую оболочку близ внутреннего маточного зева, или является последствием развития плаценты не только в запоздалой, но и в завороченной оболочке, как думает *Hofmeier* (*Reflexarplacenta*), развиваясь по периферии плодного яйца и покрывая в дальнейшем внутренний зев — для клиники безразлично. В результате над внутренним зевом или в его непосредственном соседстве оказывается плацента.



Рис. 1. Предлежание последа:
а—предлежит край плаценты; б—предлежит периферическая часть плаценты; с—предлежит центр плаценты.

Обычно различают несколько форм предлежания последа. Если детское место расположено своим центром над внутренним зевом, то говорят о центральном предлежании (*placenta praevia centralis*), если только одна-две доли детского места простираются над зевом, это называется боковым или частичным предлежанием его (*placenta praevia lateralis s. partialis*). Если наконец при достаточном открытии зева достигается лишь край детского места, то это определяют как краевое предлежание (*placenta praevia marginalis*) (рис. 1). На этой классификации я хочу остановиться несколько подробнее и высказать следующие соображения. Начать с того, что понятие „центральное предлежание детского места“ — понятие весьма условное. Если при внутреннем исследовании над зевом прощупывается только губчатая ткань плаценты, мы говорим о центральном предлежании ее. Но откуда мы знаем, что прощупываемый нами участок плацентарной ткани есть центр плаценты? И действительно, нередки случаи, когда, диагностировав центральное предлежание, в дальнейшем, при большем открытии зева, мы убеждаемся, что предлежал не центр, а более периферический участок плаценты: при полном открытии оказывается над зевом рядом с большим лоскутом детского места и участок оболочек. Центральное предлежание превратилось в боковое. Далее, нередки случаи, где при малом раскрытии зева прощупывается только край плаценты, и мы склонны диагностировать краевое предлежание детского места. По прошествии некоторого времени, вторичное исследование обнаруживает при большем открытии уже целую дольку последа над зевом: краевое предлежание превратилось в боковое. Наконец возьмем наш случай: при 2 пальцах открытия над зевом располагались только оболочки яйца, при большем открытии, при 3 пальцах, уже прощупывался край

плаценты: так называемое низкое прикрепление детского места превратилось в краевое предлежание.

Из изложенного явствует, что отдельные формы переходят друг в друга, что принципиального различия между ними нет. Указанная классификация предлежаний не имеет принципиального, научного основания. Она удобна лишь с точки зрения практической. Правильнее различать случаи, где при достаточном раскрытии зева над ним прощупывается только плацентарная ткань без оболочек — *plac. praevia totalis*, случаи, где при достаточном раскрытии зева наряду с плацентарной тканью определяются и оболочки — *plac. praevia partialis*, и, как подвид последней формы — *plac. praevia marginalis*, когда при достаточном раскрытии прощупывается лишь край детского места.

Кстати скажу, что частичное предлежание детского места встречается чаще полного. Приведу несколько цифр.

По Михайлову — боковых предлежаний	— 54 %	} 75,7%
краевых	— 21,7%	
центральных	— 24,3%	

По Гусеву на 480 случаев боковых	
и краевых предлежаний	— 312
центральных	— 168

По Новикову на 62 случая боковых	
и краевых предлежаний	— 43
центральных	— 19

По Фаддеевой боковых	
и краевых	— 76 случаев
центральных	— 25

По Conrad'у боковых	
и краевых	— 119 — 58,6%
центральных	— 84 — 41,3%

По Schnitzer'у частичных	— 227
полных	— 106

По Netzer'у (1925) на 120 случаев боковых предлежаний	41 %
краевых	29 %
центральных	30 %

По George Brodhead и Edwin Langrock (Нью-Йорк 1927)	
краевых предлежаний	100
боковых	20
центральных	39

По Kraul'ю (1927) на 100 случаев боковых предлежаний	53
частичных	30
полных	17

Итак, мы имеем дело с подвидом частичного предлежания детского места — с предлежанием краевым. В начале периода раскрытия, при малом открытии зева, ничто не указывало на существование такой аномалии

последа, и лишь в дальнейшем течении родового акта при ретракции стенок матки произошла отслойка нижней периферии плаценты от подлежащей стенки матки, вскрылись маточно-плацентарные сосуды, вероятно и краевая вена плаценты, что вызвало внезапное сильное кровотечение. Отслойка плаценты при предлежании ее зависит всегда от сокращений матки, и если весьма часто кровотечение начинается не во время родов, как у нас, а уже в конце беременности, то это объясняется тем, что еще до родов, иногда задолго до начала родовой деятельности, маточная мускулатура сокращается, чему непреложным доказательством служит напр. сглаживание шейки у первобеременных. Пока детское место может следовать за ретракцией маточной стенки, отслойки его не происходит, нарушения целостности маточно-плацентарных сосудов нет; в тот же момент, когда плацента

не может больше приспособиться к ретракции маточной стенки, не может следовать за ней, она отстает от подлежащей стенки матки, неминуемо наступает разрыв сосудов, наступает кровотечение между плацентой и стенкой матки, причем кровь истекает в зев и наружу. Особенно обильно бывает кровотечение, когда повреждается краевая вена плаценты.

Мы тут вскрыли пузырь и низвели ножку (рис. 2).

Я думаю, что в этом пособии основное — разрыв пузыря и что это вмешательство было абсолютно показанным. Исстари известно, что разрыв пузыря оказывается могучим средством при кровотечениях в родах. „Разрыв пузыря оказывается часто чудодейственным, и при частичном предлежании последа этого одного большей частью достаточно, чтобы дальнейший ход родов был бескров-



Рис. 2. Placenta praevia. Ножка низведена.

ный“ (Витт). Чем же объяснить разрыва пузыря? Для уразумения его представим себе период раскрытия в случае частичного предлежания детского места. В приоткрытый зев вставляется нижний полюс плодного яйца в виде плодного пузыря. Во время схватки внутриматочное давление повышается, плодный пузырь, выпячиваясь, вклинивается в зев: „пузырь наливается“. Одновременно с этим происходит ретракция маточной мускулатуры, стенки нижнего сегмента и шейки смещаются по нижнему куполу плодного яйца, стремясь вверх, вследствие чего неминуемо происходит отслойка расположенного в нижнем сегменте детского места от подлежащей маточной стенки: в результате — кровотечение. С момента разрыва пузыря происходит коренное изменение взаимоотношений между плодным яйцом и стенкой матки. Теперь при следующей схватке стенки нижнего сегмента будут уже смещаться вместе с оболочками плодного яйца, включая плаценту по поверхности плода. Плацента оттягивается кверху, оставаясь в связи с маточной стенкой (рис. 3 и 4).

Наряду с этим главным эффектом разрыва пузыря происходит еще коренное изменение во взаимоотношениях предлежащей части, чаще всего головки, и маточной стенки. Головка плотно вступает в таз и прижимает собою не только кровоточащие участки плацентарного места, но и это

последнее к стенкам таза. Наконец возможно, что после разрыва пузыря, благодаря уменьшению объема плодного яйца и матки, уменьшается и площадь плацентарного места и сужение протекающих в нем сосудов.

Факт хорошего действия разрыва плодного пузыря при кровотечениях в родах общепризнан. Зачастую, особенно при хорошей родовой деятельности, этого мероприятия бывает достаточно для полной остановки кровотечения при *placenta praevia partialis*. Если же этой меры недостаточно, или есть основание думать, что этой меры будет недостаточно, тогда низводят ножку плода, делая при головных предлежаниях поворот на ножку, при тазовых — низведение ее. Этим пособием мы 1) достигаем вступления ягодич в таз и прижатия ими кровоточащих мест, 2) значительно ускоряем родовой акт. Позволю себе цитировать слова *Vumm'a*: „Не подлежит

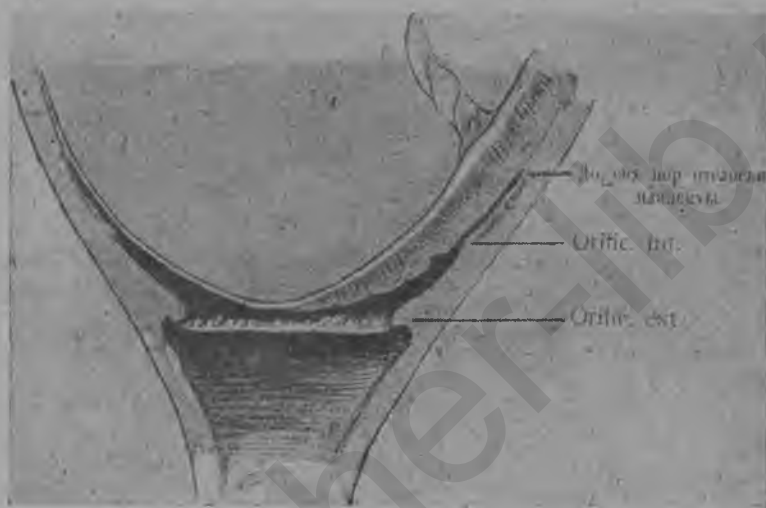


Рис. 3. Пузырь цел.

сомнению, что с помощью поворота на ножку и тампонирующего действия ягодич вернее всего удастся справиться с кровотечением при предлежании послета“.

После всего сказанного ясно, что мы поступили рационально, разорвав пузырь непосредственно после начала кровотечения. Так как родовая деятельность у нашей больной была весьма вялая, то мы не могли рассчитывать на верный кровоостанавливающий эффект разрыва оболочек: необходимо было присоединить тампонирующее действие ягодич. Природа сама шла нам навстречу; предлежали ягодичы, оставалось только низвести ножку и этим вставить ягодичы в тазовый вход.

Кровотечение немедленно прекратилось. Родовые боли, столь редкие и слабые, до вмешательства, сразу усилились; в 2 часа начались потуги, роженица взята на поперечную кровать. В момент прорезывания передней ягодичы из родовых путей показалась большая петля пуповины, в силу чего было приступлено к извлечению. Тракции за родившуюся правую ножку вывели заднюю ягодичу над промежностью, обеими руками захвачен таз плода, после двух-трех тракций вниз из-под лона показались плечевой пояс и выпала передняя (правая) ручка. Ножки плода захвачены правой рукой и отведены к левому паху матери, введенными по спинке плода двумя пальцами левой руки легко выведена задняя (левая) ручка. Туловище плода положено на предплечье последней оперировавшей (левой) руки, и головка легко выведена по *Smellie-Veit'y*.

Плод — девочка, родилась в легкой асфиксии, сразу оживлена. Вес плода 3500 г длина 50 см. Небольшой левосторонний torticollis, головка без родовой опухоли, круглая (Rundkopf) (2 ч. 10 мин.). В 3 часа 25 мин. началось кровотечение. Матка большая, вялая; при пробе Küstner'a пуловина несколько втягивается. Lege artis послед выжат по Credé. Кровотечение прекратилось.

Вес последа—600 г. размеры его 17 × 18. Разрыв оболочек краевой. На некотором расстоянии от края плаценты в оболочках добавочная долька величиною в серебряный рубль. Течение послеродового периода гладкое. Температура ни разу не повысилась. Родильница выписалась на 8-й день сребенком.

Позволю себе обратить ваше внимание на следующее обстоятельство. Вслед за низведением ножки родовые боли усилились. Зависит это от

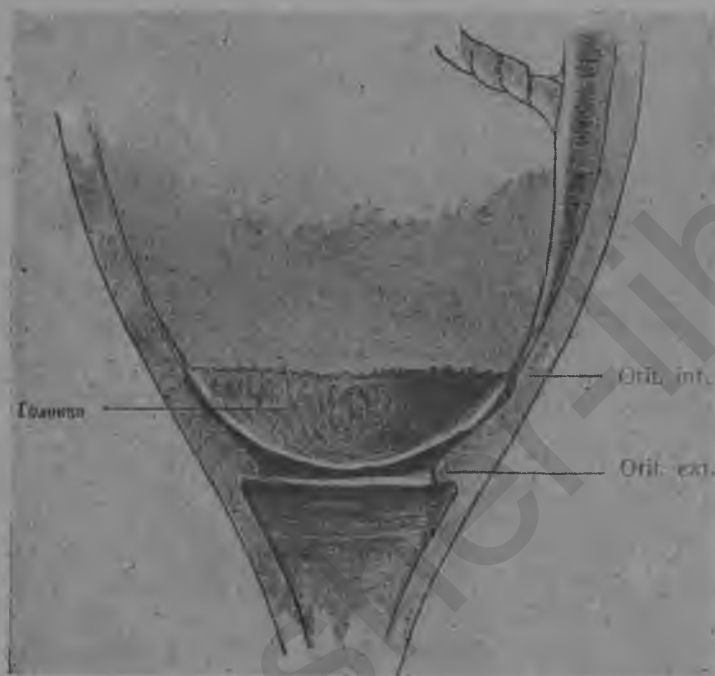


Рис. 4. Пузырь разорван.

того, что, с одной стороны, по истечении околоплодных вод матка уменьшилась и плод, прикасаясь к внутренней поверхности матки, явился могучим раздражителем и побудил матку к сокращениям. С другой стороны, низведенная ножка действовала наподобие метрейринтера и способствовала скорейшему раскрытию маточного зева. Это последнее обстоятельство объясняет также короткий срок, прошедший от низведения ножки до врезывания ягодиц: в 1 час зев был открыт на 3 пальца, в 2 часа 10 минут началось

врезывание. С момента низведения ножки роженица не потеряла ни капли крови до рождения младенца.

В последовом периоде началось сильное кровотечение. При предлежании последа всегда можно ожидать кровотечения в 3-м периоде родов. Это обстоятельство особенно важно: оно побуждает нас очень внимательно относиться к кровотечениям в первом периоде родов. Неоднократно наблюдались случаи, где удавалось справиться с кровотечением в периоде раскрытия и где небольшая кровопотеря в последовом периоде была той последней каплей, которая переполняла чашу и которая, выводя организм из равновесия, наносила ему смертельный удар.

Эти кровотечения в последовом периоде или в первые часы после родов обычно объясняют атонией нижнего маточного сегмента. Но дело не только в атонии. Вследствие недостаточной децидуальной реакции в нижнем сегменте ворсинки хориона проникают глубоко в материнскую ткань. Это обстоятельство значительно затрудняет остановку кровотечения после родов и повышает опасность разрыва. Не атония, а многочисленные над-

рывы в хрупкой ткани дают кровотечение как артериальное, так особенно венозное (*Henkel*). На опасность подобных скрытых разрывов указывает и американец *Kellog* (1926).

Интерес случая: У, многорожавшей с ягодичным предлежанием и очень вялой родовой деятельностью ничто не предвещало ничего грозного. В первом периоде родов при 3 пальцах открытия началось сильное кровотечение, зависевшее от краевого предлежания последа. После разрыва пузыря и низведения ножки кровотечение прекратилось. Вскоре началась бурная родовая деятельность, и родился плод в легкой асфиксии. В последовом периоде сильное атоническое кровотечение. Послед выжат по *Credé*. Разрыв оболочек краевой.

Случай 2-й.

Ольга В., 27 лет (№ приемного журнала 6315), поступила в больницу 25 апреля 1925 года в 18 часов с кровотечением, начавшимся 22 апреля.

Из анамнеза мы узнаем, что больная начала носить регулы с 12 лет; они всегда приходили через 4 недели, по 3 дня; болями не сопровождалась. Половой жизнью живет 2 года. Тип месячных после замужества не изменился. Первая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем на 2-м месяце. Вторая беременность кончилась преждевременными родами на 7-м месяце. Послеродовой период без осложнений. Срока последних регул указать не может. В начале беременности не было ни рвоты ни отеков. Первое движение плода отмечается в декабре.

Кровотечение появилось впервые 5 апреля. Больная поступила в один из родильных приютов, где была затампонирована. Кровотечение стихло. 9 апреля больная выписалась из приюта. 22 апреля кровотечение возобновилось. 25 апреля в 18 часов начались схватки, редкие и слабые.

Больная среднего роста, правильного сложения, хорошего питания. Видимые слизистые оболочки окрашены вполне удовлетворительно. Сердце и легкие — без изменений. Живот увеличен соответственно доношенной беременности. Наибольшая окружность живота 99 см. Расстояние от лона до пупка—22 см, от лона до дна матки—35 см, до мечевидного отростка—43 см. При наружном исследовании мы находим в дне матки крупную часть, справа в дне мелкие части, спинку плода слева. Над входом в таз ballotирует подвижная крупная часть, не вполне ясно контурируемая, повидимому головка. Сердечные тоны слева на уровне пупка. Размеры таза: 24—26—28—19^{1/2}.

Исследование *per gestum*: шейва не сглажена, посредине таза. Наружный зев приоткрыт. Предлежащая часть высоко в большом тазу, точно не определяется. Наружного кровотечения нет. Схватки очень слабые и редкие.

Каков диагноз? Какова должна быть терапия?

1. Повидимому, здесь предлежание последа, полное или частичное. В виду отсутствия кровотечения ведение родов должно быть выжидательным.
2. Так как указаний на внутреннее кровотечение нет, то очевидно имеется одна из форм предлежания последа. Необходимо, убедившись в правильности диагноза путем внутреннего исследования, обезопасить себя от наступления кровотечения, лучше всего помощью метрейриза.
3. Так как положение может в любой момент стать грозным, следует быть готовым в случае возобновления кровотечения к производству кесарского сечения.

Я вижу, что в смысле диагностики разногласий нет. Действительно, наиболее естественно подумать о предлежании детского места. В конце

беременности у повторнوبرеменной появляется кровотечение, заставляющее больную поступить в родильный приют. Через несколько дней — кровотечение прекращается, чтобы возобновиться спустя две недели. Вслед за вторичным началом кровотечения наступает родовая деятельность, очень вялая. Преждевременное отделение нормально расположенного детского места мы отклоняем: тут нет острых явлений анемии, нет признаков внутреннего кровотечения, плод жив. Помимо самой картины заболевания, характерной для предлежания, за последнее говорит неясность в определении предлежащей части. При 3-м приеме Leopold'a определяется баллотирующая крупная часть, похожая на головку. Но последняя контурируется неясно, она не импонирует (как обычно) как круглое твердое тело, а как



Рис. 5. Тампонация влагалища при предлежании последа.

бы покрыта чем-то, затушевывающим ее контуры и консистенцию. И при ректальном исследовании мы хотя и достигаем предлежащей части, но затрудняемся в ней признать головку: что-то мешает ее ощупать. Не есть ли это детское место, сидящее в нижнем сегменте матки, которое, располагаясь между исследующими руками и головкой, затрудняет точное распознавание ее? Если мы остановимся на предварительном диагнозе предлежания детского места, то спросим себя, с какой формой плацентации мы имеем дело? Известно, что нет определенного соотношения между величиной предлежащего лоскута плаценты и силою кровотечения. „При малом лоскуте может кровоточить очень сильно, а при полном с виду предлежании умеренно“ (Vimm). Все же опыт учит, что повторные сильные кровотечения в конце беременности скорее будут наблюдаться при центральном или боковом предлежании. При краевом — кровотечение слабее и обычно начинается только во время родов. Итак, мы предполагаем, что у нашей больной предлежание последа, центральное или боковое, вернее — полное или частичное.

В родильном приюте, куда больная поступила при первом кровотечении, была сделана тампонация влагалища. Тампонация влагалища (рис. 5) — старый, излюбленный прием при предлежании последа. Она применяется при кровотечениях во время беременности и в начале родов, когда шейка еще непроходима для пальца, когда цервикальный канал раскрыт очень мало. При этом, после надлежащей дезинфекции половых частей, во влагалище вводят ложкообразные зеркала и туго тампонируют своды влагалища стерильной или иодоформенной марлей. Тампон должен прижать отслоившиеся доли последа и соответствующие участки стенки нижнего

матки, которое, располагаясь между исследующими руками и головкой, затрудняет точное распознавание ее? Если мы остановимся на предварительном диагнозе предлежания детского места, то спросим себя, с какой формой плацентации мы имеем дело? Известно, что нет определенного соотношения между величиной пред-

сегмента к предлежащей головке, кроме того, он должен усилить родовую деятельность, и этим способствовать раскрытию зева. Лично я никогда не делал тампонации влагалища при предлежании последа и надеюсь, что мне не придется прибегнуть к этому методу. Укажу на недостатки влагалищной тампонации. 1) Даже самая плотная тампонация не дает гарантии от повторения кровотечения. Кровоостанавливающее действие тампона ненадежно; выше тампона кровь может продолжать сочиться, она отслоит дальнейшие дольки плаценты, она пропитает тампон насквозь. Мы потеряем драгоценное время, больная потеряет драгоценную кровь, а именно при предлежании последа следует сберечь каждую каплю крови, потому что неизвестно, сколько еще в течение родов роженице придется потерять крови. 2) Тампонация далеко не безопасна в смысле инфекции. Если даже материал вполне надежен и абсолютно стерилен, то этого нельзя сказать про влагалищные выделения. Бактериологическими исследованиями установлено, что тампонация влагалища способствует размножению бактерий, а при предлежании последа надо считаться с особенной восприимчивостью больных к инфекции. Плацентарное место — самые удобные, но и самые жуткие входные ворота для заразного начала, а тут оно находится в такой близи от цервикального канала, от просвета влагалища.

А посему следует стать на такую точку зрения: признавая тампонацию влагалища при *plac. praevia* методом ненадежным и опасным, мы ее отвергаем абсолютно в обстановке частной дома, и то как меру весьма кратковременную. И по данным новейшей литературы тампонада — метод, совершенно не достигающий цели или же имеющий лишь кратковременный успех. *Ballhorn* (1925) отклоняет тампонаду, отмечая ее недостатки (недействительность, сокрытие действительной кровопотери, возможность инфекции). *Döderlein* считает ее иногда необходимой во время беременности и опасной во время родов.

Füth (1928) полагает, что улучшение результатов современного лечения предлежания последа объясняется тем, что тампонада применяется редко, и больные чаще направляются в клинику. *Dietrich* и *Schröder* допускают тампонаду только как временную меру для отправки больной в клинику. Но и в этих случаях она должна быть произведена врачом при соблюдении всех правил асептики. Тампон должен быть фиксирован Т-образной повязкой. Дольше 6 часов он не должен лежать. Несмотря на явно отрицательное отношение клиницистов к тампонаде, все же 30,7% всех случаев (по данным *Vaehorn'a*) подверглись тампонаде до поступления в клинику.

Интересно, что в последнее время проф. *В. В. Строганов* и *М. В. Флоров* высказываются за то, что тампонации должно быть уделено известное место в терапии предлежания последа наряду с другими консервативными методами.

У нашей больной тампонация приостановила кровотечение. Схватки не наступили. Больная выписалась из родильного приюта. Мы не знаем сколько часов пролежал тампон, мы не знаем изменил ли он влагалищную флору.

В момент поступления в больницу кровотечения не было. Были ли показания к вмешательству? Думаю, что нет. Плод жив, сердечные тоны его хороши, кровотечения нет. Нужно ждать с тем, чтобы в случае возобновления кровотечения быть готовым к тому или иному вмешательству.

В течение вечера и ночи (на 26 апреля) схватки были слабые и редкие (через 15—20 минут). Кровотечения не было. В 7 часов 50 минут дежурным врачом произведено ректальное исследование: шейка сглажена, края зева толстые. Открытие зева — I палец. Предлежащая часть высоко, точно не определяется. В 8 час. 30 мин.

появилось незначительное кровотечение, вскоре прекратившееся. Общее состояние роженицы хорошее. Т. — 36,8. П. — 74, полный. Сердечные тоны плода ясные, на уровне пупка, слева. Схватки такие же редкие и слабые. В 16 час. внезапно началось сильное кровотечение со сгустками. Немедленно приступлено к внутреннему исследованию. Зев открыт на 2½ пальца. Края его тоньше. Над зевом справа определяется большая доля плаценты. Пузырь цел, вялый. Предлежит головка, подвижная над входом.

Итак диагноз оправдался: частичное предлежание последа. Показания к вмешательству налицо, дольше ждать нельзя. *Что делать?*

1. Разрыв пузыря.
2. Метрейриз.
3. Кесарское сечение.
4. Внутренний поворот на ножку, после пальцевого расширения зева.
5. Поворот по Вraxton-Nicks'у.

Разрыв пузыря — метод давно признанный. Он особенно ценен при боковом или краевом предлежании последа. Он безопасен, так как не способствует инфекции. *Ballhorn* отмечает еще одно его достоинство: именно этому методу автор обязан наибольшим числом живых детей при ряс. раевia (88,5%). Конечно он применим только при продольных положениях плода или же в случаях, когда продольное положение достигнуто с помощью наружного поворота.

О благотворном действии разрыва пузыря при предлежании последа я уже имел случай говорить. Вслед за отхождением вод отслойка плаценты от подлежащей стенки нижнего сегмента прекращается, и при наличии энергичной родовой деятельности предлежащая часть вступает в таз, прижимая плаценту и маточную стенку к костному тазу. Именно это последнее обстоятельство особенно важно. Но подобное тампонирующее действие предлежащей головки возможно лишь при сильных схватках, при слабой же родовой деятельности легко себе представить, что головка еще продолжительное время останется в большом тазу, прижатие ею кровоточащих мест не произойдет, и после временной остановки кровотечения кровь опять начнет сочиться из зияющих сосудов плацентарного места. В нашем случае схватки очень слабые и очень редкие. Можем ли мы быть уверены, что после разрыва пузыря родовая деятельность сразу усилится, можем ли мы рассчитывать на скорейшее вступление головки в таз и ее тампонирующее действие? Конечно нет. А потому мы не должны идти на риск возобновления кровотечения и должны себя обезопасить от него, применяя такой метод, который бы наверняка привел к цели.

Таким методом без сомнения является метрейриз, т. е. введение в полость матки резинового баллона. О технике метрейриза мы поговорим другой раз, сегодня же я напомним лишь, что метрейриз предложен в свое время потому, что поворот на ножку, бывший долгое время методом выбора в деле лечения предлежания последа, давал слишком большой процент смертности детей. Дело в том, что введение поворота на ножку в терапию предлежания последа понизило смертность матерей до 5—6%. Но он весьма невыгоден для детей, которых при нем погибает почти две трети. Тут-то и возникла мысль заменить поворот на ножку метрейризом, — способом весьма надежным в смысле остановки кровотечения и усиления родовой деятельности и вместе с тем дающим гораздо более благоприятные результаты для ребенка. *Küstner*, много поработавший над введением в терапию предлежания последа метрейриза, мог в своей клинике снизить детскую смертность с 70—80% до 20—40%. Метрейриз имеет много восторженных поклонников не только в Европе, но и в Америке. *W. B. Thomson*, сообщающий об огромном материале в 10 000 случаев, считает метрейриз наилучшим и достойным самого широкого распространения методом. *Ballhorn* (1925),

дающий отчет о 150 случаях предлежания последа, говорит, что метрейриз был много лет методом выбора, несмотря на то, что он в широкой практике почти никогда не применялся. В 20% всех случаев одного метрейриза было достаточно. Чаще приходилось после метрейриза делать поворот на ножку. Детская смертность при этом была 24,1%, при одном метрейризе — лишь 11,3%. Смертность матерей при метрейризе с последующим поворотом — 3,4%, при одном метрейризе — 0,7%. Я конечно не буду приводить имеющиеся в литературе многочисленные статистики, укажу лишь на несколько цифр.

По данным *Conrad*'а на 43 случая метрейриза погибло 5 матерей = 11,6% и 19 детей (в том числе 3 раза двойни) = 44,1%. Если из этих 19 детей вычесть недоносков весом менее 2000 г и уже умерших до поступления в клинику, детская смертность выразится цифрой 7—16,3%, результат очень хороший. Поворот по *Braxton-Hicks*'у у того же *Conrad*'а дал на 40 случаев 3 смерти матерей = 7,5% и 38 смертей детей = 95%. Если и тут вычесть недоносков весом ниже 2000 г и детей, уже умерших до поступления рожениц в клинику, то детская смертность составит 20 = 50%.

Я ограничусь приведением этой одной статистики, весьма поучительной: на одной стороне стоит метрейриз с материнской смертностью в 11,6% и редуцированной детской смертностью в 16,3%; на другой — поворот *Braxton-Hicks*'а с материнской смертностью в 7,5% и редуцированной детской смертностью в 50%. Значит метрейриз дает детскую смертность значительно меньшую, чем поворот по *Braxton-Hicks*'у. Для матерей более благоприятен поворот (7,5%, при метрейризе 11,6%), что вероятно объясняется более трудной техникой метрейриза и большей опасностью инфекции. Если бы возможно было соединить воедино хорошие результаты для детей при метрейризе с таковыми для матерей при повороте, не было бы необходимости искать новых путей в терапии предлежания последа. Из этих соображений и родилась мысль отвернуться вообще от этих „старых“ методов терапии предлежания последа и ввести в нее кесарское сечение, как метод выбора. Но об этом я буду говорить в другом месте. Здесь же скажу, что если в больницах, родильных домах и клиниках кесарское сечение и занимает в настоящее время видное место в деле лечения предлежания последа, в практике еще долго останутся в силе „старые“ методы, метрейриз и поворот на ножку. Чья же жизнь более ценна при предлежании последа, — жизнь матери или жизнь плода? Несомненно жизнь матери! А по-сему лично я даю предпочтение повороту на ножку, особенно в практике, где может и не быть соответствующей обстановки, инструментария и т. д. Метрейриз же я применяю значительно реже.

Но может быть в нашем случае, как клиническом, показано кесарское сечение? Я уже сказал, что в настоящее время кесарское сечение в той или иной модификации приобретает все больше и больше сторонников. Так *Stöckel* называет „*Schnittentbindung — die erfolgreichste Plac. praeviatherapie*“. *v. Jaschke* видит в ней „*das wesentliche Prophylaktikum der Atonie des Placentagebietes im Isthmus*“. И у нас со всех сторон раздаются голоса в пользу кесарского сечения. Лично я, оставаясь для большинства случаев предлежания последа сторонником старых методов, все же в тягчайших случаях считаю показанным кесарское сечение, как единственный рациональный метод терапии *plac. praeviae*.

Наш случай не столь грозный, к тому же предлежание неполное, а частичное, зев открыт достаточно для внутренних манипуляций, нам удастся добиться остановки кровотечения, а вероятно и получить плод живым, применяя поворот. Итак мы остановились на повороте на ножку. Какой же вид поворота избрать в данном случае: обычный внутренний поворот или поворот по *Braxton-Hicks*'у?

Известно, что разница между этими двумя видами поворота заключается в том, что при обыкновенном внутреннем повороте в матку вводится вся рука, при повороте по Braxton-Hicks'у — лишь два пальца.

Для введения всей руки необходимо достаточное открытие маточного зева, полное или почти полное, введение двух пальцев возможно уже в начале периода раскрытия. В нашем случае зев открыт на $2\frac{1}{2}$ пальца, края зева тонкие. Для введения всей руки потребуется расширение зева, каковое расширение можно произвести кровавым путем (Hysterostomatia) или пальцевым способом. Я неоднократно делал рассечение зева, являюсь еще большим сторонником пальцевого расширения, но не при предлежании последа. Вдумайтесь в особенности случая: в силу расположения плаценты в нижнем сегменте шейки необычайно богата кровеносными сосудами, ткань разрыхлена и отечна, малейшая травма может повести к нарушению целостности ткани шейки, не говоря о рассечении ее. Появится кровотечение, с которым справиться будет очень трудно, а может быть и невозможно. К тому же ранится область, находящаяся в непосредственном соседстве с плацентарным местом. Как велика опасность инфекции! Нет, никакого насильственного расширения, никаких рассечений шейки! Мысль о введении в щели поворота всей руки должна отпасть. Остается комбинированный поворот по способу Braxton-Hicks'a.

В чем он заключается?

Под поворотом на ножку мы понимаем искусственное превращение поперечного или черепного положения плода в ножное. Подобное изменение положения плода не может быть совершено одними наружными приемами, а производится всегда комбинированными манипуляциями, т. е. при помощи ручных приемов наружных и внутренних. В этом смысле каждый поворот на ножку (или ножки) есть операция комбинированная. Но в акушерстве принято поворот называть комбинированным в том случае, если в матку вводятся только два пальца, поворот же, совершаемый при помощи всей руки, введенной в матку, называется просто внутренним поворотом. Как в том, так и в другом случае операция совершается при деятельном участии наружной руки. Делаем ли мы поворот при поперечном или косом положении плода, при тех или иных осложнениях черепных положений, при коих представляется выгодным и полезным превратить черепное положение в ножное, или же из показаний, требующих скорейшего окончания родов, как предлежание последа, выпадение пуповины, — безразлично: при открытии зева, достаточном для введения руки в матку, мы вводим всей рукой во влагалище, всей рукой в матку — мы делаем „внутренний поворот“ на ножку. В тех же случаях, где поворот показан в момент, когда нет достаточного открытия зева, когда зев открыт, например лишь на 2 пальца, и где ждать большего открытия нельзя, мы делаем „комбинированный поворот“ по Braxton-Hicks'у. И здесь роженица лежит в обычном спинно-ягодичном положении, или же на боку (на том боку, в котором находятся ножки плода), и здесь одну руку мы предназначаем для наружных манипуляций, другую же мы вводим во влагалище или всей кистью или же лишь 4 ее пальца, через малооткрытый зев; в матку вводим лишь 2 пальца, которые, отодвигая предлежащую часть в сторону, противоположную ножкам (при головных положениях отталкивая головку в сторону спинки), тут же идут по направлению к ножкам, стараясь захватить одну из них. Во время этих манипуляций наружная рука отнюдь не бездействует: она сперва отодвигает предлежащую головку в нужном направлении, потом низдавливает тазовой конец плода в сторону внутренней руки, приближая таким образом ножки к пальцам внутренней руки. Эти последние, найдя ножку, захватывают ее повыше лодыжек и, производя за ножку влечение вниз, низводят ее в зев, в то время как наружная рука оттесняет головку ко дну матки.

В результате плод, совершив поворот из головного в тазовое положение, оказывается в полном ножном положении.

Делать внутренний поворот на ножку при предлежании последа и при полном открытии зева приходится не часто; обычно показания к вмешательству появляются значительно раньше полного раскрытия, даже при *plac. praevia marginalis*. На 150 случаев материала *Ballhorn*'а внутренний поворот сделан в 23 случаях, т. е. в 15,3%. Получено 14 живых детей. Такой сравнительно хороший исход для детей объясняется тем, что есть возможность извлечь плод немедленно, и этим избежать асфиксии его.

В противоположность простому внутреннему повороту метод *Braxton-Hicks*'а отличается плохими результатами для детей. Именно невозможность завершить роды вслед за поворотом объясняет высокую смертность детей. По статистике *Kermauner*'а (1927) на 226 случаев предлежания последа поворот по *Braxton-Hicks*'у сделан 83 раза. 70 детей родились мертвыми, 8 матерей погибло. По *Ballhorn*'у смертность детей достигает 80%.

И несмотря на это поворот по *Braxton-Hicks*'у целым рядом современных авторов признается методом выбора в лечении *plac. praeviae* (*Kermauner*, *Kraul*, *George Brodhead* и *Edwin Langrock*, *Klaften* и др.) И мы должны признать, что поворот по *Braxton-Hicks*'у вряд ли когда-нибудь утратит свое значение. Всегда будут случаи, где мы будем вынуждены решиться на поворот при недостаточном для внутреннего поворота открытии зева. Как и в нашем случае, мы пойдем на риск получить мертвый плод, имея в виду могучий кровоостанавливающий эффект этой операции.

Итак мы решились на поворот по *Braxton-Hicks*'у.

Которую руку следует ввести в матку?

1. По существу безразлично, которой руке быть внутренней при повороте. Оператор должен вводить ту руку, которая более развита, которой он лучше владеет.
2. Тут надо ввести левую руку, так как она будет соответствовать положению ножек плода.

При поперечных положениях мы в настоящее время действительно не придаем большого значения выбору руки. Для большинства случаев поворота будет правильным вводить в матку ту руку, на которую оператор более надеется; левша будет оперировать левой рукой, правша — правой. Не то при головных положениях. При первом положении ножки располагаются в правой половине живота — более рационально будет ввести левую руку; она, миновав головку, направится мимо брюшной поверхности плода прямо к ножкам. При втором положении к ножкам, находящимся в левой половине живота, удобнее всего дойдет правая рука оператора. В нашем случае имеется 1-е затылочное положение. Наш выбор останавливается на левой руке (рис. 6).

Под общим наркозом, после тщательной дезинфекции рук, а также наружных частей и живота роженицы, оператор, разведя половые губы большой пальцами правой руки, ввел конусообразно сложенную кисть левой руки во влагалище, что у повторнородящей не представило затруднений. Переместив правую руку на дно матки и низдав его, оператор указательный и средний пальцы внутренней руки ввел в маточный зев, где и определил вялый пузырь и дольку плаценты. Разрыв плодного пузыря представил значительные затруднения: вялый пузырь не напрягался вовсе даже при надавливании сверху на дно матки. Пришлось прибегнуть к помощи инструмента. Правой рукой взяты пулевые щипцы, введены по левой руке во влагалище и приставлены к плодному пузырю; там, под контролем лежащих в зеве пальцев внутренней руки, пулевые щипцы несколько раскрыты, и при замыкании их пузырь разорван. По внутренней руке вытекло небольшое количество околоплодных вод, пулевые извлечены. Правая рука вновь

перемещена на дно матки. По введении 2 пальцев внутренней руки в полость плодного яйца предлежащая головка отодвинута влево (в сторону спинки). При сильном надавливании на ягодицы плода наружной рукой удалось 2 внутренними пальцами найти и захватить переднюю ножку (правую) повыше лодыжек. Приступлено к 3 моменту операции, — „собственно повороту“. В то время как внутренняя рука старалась низвести захваченную ножку по направлению к зеву, наружная рука то низдавливала ягодицы к тазовому выходу, то отодвигала головку вверх ко дну матки до тех пор, пока последняя оказалась у дна, а ножка извлечена из половых частей по колено (4 ч. 15 мин.).



Рис. 6. Поворот на ножку.

повреждений. Произойдет разрыв шейки матки. По извлечении плода начнется сильное кровотечение, с которым будет весьма трудно справиться ввиду рыхлости ткани шейки и богатства ее кровеносными сосудами.

Нужно усвоить себе раз навсегда золотое правило *Н. Н. Феноменова*: „Разрывайте пузырь, низводите ножку и не торопитесь с извлечением“.

Исходя из этих соображений, я советую после поворота по *Braxton-Hicks'у* не только не делать извлечения плода, но и не стремиться к ускорению периода изгнания. А ускорить его возможно, стоит лишь медленно, но неуклонно потягивать за низведенную ножку рукой, или же, привязав к ножке марлевый бинт, привесить к нему груз. Груз, спущенный через ножной конец кровати, будет производить тягу за ножку, и период изгнания ускорится.

Я хотел бы тут предостеречь вас от подобного пособия, которое я допускаю лишь в исключительных случаях, например при продолжаю-

Поворот окончен, наркоз прекращен, но закончено ли наше вмешательство? Другими словами, переднами вопрос: извлекать или не извлекать?

Я полагаю, что на заданный вопрос не может быть двух ответов. Мы не должны извлекать плода. Цель операции достигнута, разорван пузырь, низведена ножка, ягодицы плода тампонируют нижний сегмент матки, прижимая детское место к плацентарному месту. Кровотечения отныне быть не должно. Теперь родовая деятельность должна усилиться, и ничто не должно нарушить течения периода изгнания. А плод? Плод пока жив, ножка его при механическом раздражении реагирует мышечными сокращениями. И есть основание думать, что период изгнания не затянется, и плод успеет родиться живым. Правда, велико искушение извлечь плод, пока он еще жив, но этому искушению не следует поддаваться. Слишком тяжкими могут оказаться последствия такой поспешности. Если мы, „во имя спасения жизни плода, будем извлекать его за ножку, мы несомненно совершим крупную акушерскую ошибку. Вследствие малого открытия зева ягодицы не смогут пройти зев без нанесения ему

щейся слабой родовой деятельности или при возобновившемся кровотечении. Тяга за ножку, влечение за нее может повести опять-таки к разрыву шейки, — осложнению весьма грозному, именно при предлежании последа.

На опасность разрывов шейки и нижнего сегмента матки при предлежании последа я уже указывал. По *Kellog'y* (Бостон) из 47 смертей (на 303 случая) около половины надо отнести на разрывы, другую половину — на атонию и сепсис. „Эта опасность разрыва очень велика при родо-разрешении снизу, особенно при неполном раскрытии зева при извлечении последующей головки“.

Мы считаем операцию законченной в момент завершившегося поворота. Теперь остается наблюдать за состоянием роженицы и за родовой деятельностью.

Вскоре после поворота роженица проснулась от наркоза, появилась довольно бурная родовая деятельность.

Уже в 5 часов начались потуги, и роженица взята на край кровати. В 5 час. 5 мин. прорезались ягодичи, выпала задняя ножка, родилось пупочное кольцо. Обычным способом освобождены ручки и выведена головка (по *Smellie-Veity*).

Ребенок родился в синей асфиксии, легко оживлен (механическим и термическим раздражением кожи).

Плод мужского пола, весом в 3150 г, длиной в 50 см.

В последовом периоде кровотечения не наступило. Послед вышел в 5 ч. 30 мин. самопроизвольно. Вес его 600 г, размеры 18 × 19. Кровопотеря в последовом периоде не превышала нормы.

В послеродовом периоде температура 2 раза повысилась до 39,5. Объективно отмечен лишь незначительный запах выделений.

Родильница выписалась 11 мая с ребенком.

Интерес случая. У повторнобеременной в конце беременности появляются кровотечения. Полный покой, тампонация влагалища останавливают кровотечение. За 3 дня до начала родовой деятельности кровотечение возобновляется. В периоде раскрытия наблюдается первичная слабость родовых болей. Кровотечение вынуждает вмешаться активно.

Исследование подтверждает предположительный диагноз частичного предлежания последа. При открытии зева на 2½ дальца делается поворот по *Braxton-Nicks'y* левой рукой (первое затылочное положение). После поворота наступает бурная родовая деятельность. Период изгнания протекает быстро. Последовой период без осложнений.

Случай 3-й.

Анна В., 36 лет (№ приемного журнала 10204); поступила в больницу 31 июля 1925 г., в 6 часов, в родах.

Из анамнеза отметим: месячные начались 16 лет, стали приходиться через месяц, продолжительностью в 4—5 дней. Всего беременностей было 9. Из них срочных родов было 4; все протекали без осложнений. Одна беременность кончилась преждевременными родами. Выкидышей было 4. Последние роды — 1 год 8 мес. тому назад. В живых в настоящее время 3 детей. Последние регулы — 23 октября 1924 г. Первые движения плода больная ощутила 15 марта. Беременность протекала правильно. Последний coitus 2 недели назад. Боли начались 31 июля в 3 часа.

При поступлении: роженица правильного телосложения, умеренного питания. Живот увеличен соответственно доношенной беременности. Наибольшая окружность живота — 97 см. Высота дна матки — 41 см.

Положение плода продольное. Мелкие части в дне матки слева, спинка определяется справа, над входом в таз баллотирует подвижная головка. Сердечные тоны плода выслушиваются справа ниже пупка. Размеры таза: 26—28—30—19.

Не правда ли, перед нами физиологические роды? Таз нормальный, положение плода правильное, воды целы, родовая деятельность только начинается.

Мы ставим хорошее предсказание и воздерживаемся от внутреннего исследования.

В 8 часов, т. е. через 2 часа после поступления в родильную, у роженицы началось незначительное кровотечение. Кровь жидкая, темная, необильная, без сгустков. Родовые боли слабые и редкие.

Нужно ли спешить с внутренним исследованием?

1. Кровотечение незначительно. Так как нет никаких показаний к вмешательству ни со стороны матери ни со стороны плода, то и внутреннее исследование надо считать лишним.
2. Кровотечение в периоде раскрытия несомненно указывает на патологию. Необходимо выяснить диагноз осложнения, а для этого требуется внутреннее исследование.

Исследовать или не исследовать? Как часто мы задаем себе этот вопрос, стоя у постели роженицы! С одной стороны, естественно желание путем вагинального исследования внести полную ясность в положение дела, с другой стороны всем известно, что внутреннее исследование — манипуляция далеко не безразличная, а часто чревата опасностями для роженицы. Все авторы, занимавшиеся вопросом о внутреннем исследовании в родах, единодушно требуют возможного ограничения его. В огромном большинстве случаев опытные руки могут провести нормальные роды без внутреннего исследования, пользуясь только исследованием наружным. Исходя из этих соображений акушерские школы разрабатывают с особой тщательностью технику наружного исследования. Для тех случаев, где наружное исследование оказывается недостаточным, предлагаются методы, дополняющие его. Сюда относятся так называемые заменяющие способы Piskacek'a, Schwarzenbach'a и Гентера, о которых я поведу беседу в другой раз. Сюда же относятся пользующееся широким распространением исследование через прямую кишку, ректальное исследование. Стремление ограничить внутреннее исследование в родах несомненно заслуживает полного внимания особенно в широкой практике. И если некоторые авторы заходят слишком далеко, изгоняя вовсе вагинальное исследование из акушерства, то все же мы должны признать, что в деле профилактики послеродовых заболеваний ограничение внутреннего исследования играет доминирующую роль. Заболеваемость пuerпeральных осложнениями все еще довольно высока, что объясняется тем, что вагинальное исследование производится вообще говоря слишком часто. И дело преподавания — постоянно указывать на вред, могущий произойти из исследования через влагалище, и на огромную важность наружного исследования.

Все же не подлежит сомнению, что всегда останется не мало случаев родов, где нельзя будет обойтись без внутреннего исследования. *Robert Schröder* полагает, что и для опытного врача в $\frac{1}{10}$ случаев родов встретится необходимость вагинального исследования. Велика заслуга *R. Schröder'a*, изучившего этот больной вопрос и установившего точные показания к вагинальному исследованию. Он полагает, что врач-акушер должен приступить к внутреннему исследованию в следующих случаях:

- 1) Если несмотря на тщательное наружное и ректальное исследование нет полной ясности относительно положения плода, вставления предлежащей части, открытия зева и размеров таза. Условием правильного ведения родов является точный акушерский диагноз. Где его нет, показано вагинальное исследование.
- 2) Если воды отходят при высокостоящей и подвижной головке и при мало-мальски раскрытом зеве. При таких условиях рядом с головкой может выпасть пуповина или мелкая часть.
- 3) Если после рождения первого близнеца второй не рождается в кратчайший срок. Здесь возможны неправильное вставление второго близнеца, выпадения мелких частей и пуповины, которые часто нельзя определить ни наружным ни ректальным исследованиями.
- 4) Если роды в периоде изгнания не подвигаются, несмотря на хорошие родовые боли, и когда ректальное исследование не дает этому объяснения (неправильное вставление, узкий таз, аномалии мягких родовых путей).
- 5) При кровотечениях в родах. Предлежание последа, полипы шейки, начальная карцинома вряд ли всегда могут быть установлены помощью ректального исследования.
- 6) Перед оперативным вмешательством — только тщательное внутреннее исследование может выяснить все детали случая.

Я полагаю, что в эти 6 пунктах могут уложиться все случаи, в которых мы бываем вынуждены делать вагинальное исследование. Как справедливо замечает *R. Schröder*, не следует забывать, что внутреннее исследование должно быть дополнением к наружному и ректальному исследованию. Безусловно необходимо оно лишь в случаях неясных и перед операциями. Полезно будет освоиться с предложенными *Robert Schröder*'ом правилами и, памятуя их, подходить к каждому отдельному случаю, разбирая его критически. В нашем случае перед нами вопрос: исследовать или не исследовать? В периоде раскрытия, при вполне правильном положении плода, началось кровотечение. Диагноза нет. Наружное исследование этиологии кровотечения не выясняет. Хотя я и сторонник ректального исследования, но вполне разделяю мнение *R. Schröder*'а, что именно при кровотечениях в родах ректальное исследование в большинстве случаев пролить свет на положение дела не может. Наш случай подходит под 5-й пункт *Schröder*'овских правил. Мы должны сделать вагинальное исследование.

В 8 час. 15 мин. исследование. Из влагалища кровянистые выделения. Шейка матки укорочена, канал шейки пропускает два пальца, предлежит свободно подвижная головка, пузырь цел, спереди и слева прощупывается край детского места.

Внутреннее исследование сразу выяснило диагноз и разрешило сомнения. Мы имеем дело с краевым, т. е. с частичным предлежанием последа.

Что делать?

1. Кровотечение ничтожно, а посему, ввиду малого открытия маточного зева, надо ждать.
2. Необходимо немедленное активное вмешательство.

Кровотечение ничтожно; оно пока ничтожно. Если бы роды происходили в частном доме, мы поспешили бы проявить активность и переправили бы роженицу в клинику или больницу, потому что теперь уже нет сомнения в том, что все роды, осложненные предлежанием последа, подлежат клиническому ведению. А тут? В больнице, в обстановке, позволяющей

в любой момент произвести любую операцию, существует ли необходимость выступить активно немедленно после постановки диагноза предлежания последа, при малом открытии и ничтожном кровотечении? Нет, мы будем выжидать, но выжидать, будучи готовыми при усилении кровотечения выступить активно.

Родовая деятельность вялая. Схватки чередуются минут через 20—30, слабые и короткие. В течение всего дня 31 июля перемен нет. Сердечные тоны плода по средней линии и справа от нее отчетливые и ровные, 136 ударов в минуту. Выделения ничтожны, кровянистые. Ночь на 1 августа роженица провела спокойно. Кровотечения не было. Схватки очень редкие и слабые. 1 августа в 12 час. 45 мин. кровотечение возобновилось, не обильное. Схватки слабые, сердечные тоны плода хорошие.

Произведено внутреннее исследование (спустя 22½ часа после первого). Шейка укорочена, канал зева открыт на 2½ пальца. Пузырь цел. Спереди и слева нависает край последа. Предлежит головка, подвижная над входом в таз.

Опять перед нами вопрос: что делать?

1. Разорвать плодный пузырь.
2. Затампонировать туго влагалище.
3. Сделать поворот по Braxton-Hicks'у.
4. Ввести метрейринтер, предварительно разорвав пузырь.
5. Ввести метрейринтер, не разрывая пузыря.
6. Добиться метрейринтером достаточного раскрытия и затем сделать поворот на ножку.

Я полагаю, что дальше придерживаться выжидательной тактики нельзя. Больше суток длится период раскрытия, больше суток идут кровянистые выделения; теперь кровотечение усилилось. И хотя оно небольшое, мы должны вмешаться, мы должны экономить кровь, ведь мы не знаем, сколько еще предстоит роженице потерять крови, а впереди большая часть периода раскрытия, весь период изгнания, и, что самое важное, последовый период. Настало время действовать, но как? Тампонада влагалища?

Я уже имел случай высказать свое определенно отрицательное отношение к тампонаде, как методу лечения предлежания последа. Метод весьма ненадежный в смысле кровоостанавливающего эффекта и крайне опасный в смысле инфекции. В клинической обстановке он должен быть решительно отвергнут.

Разрыв пузыря — общепризнанный метод терапии предлежания последа. Его могущественное действие при кровотечениях в периоде раскрытия я уже отметил. Тут мы рассчитываем не только на тампонирующее действие опускающейся предлежащей головки; еще больше значения имеет то обстоятельство, что после разрыва пузыря не происходит дальнейшей отслойки детского места от подлежащей маточной стенки: при схватках теперь уже нижний сегмент матки не будет смещаться по плодному яйцу, отдираясь от плаценты, теперь стенки матки совместно с оболочками и плацентой будут отходить вверх по плоду. Кровотечения после разрыва пузыря быть не должно. И все-таки именно в нашем случае разрыв пузыря — метод ненадежный. Дело в том, что родовая деятельность очень вялая. Может пройти много времени, пока схватки усилятся и выявится благое действие разрыва пузыря. А пока что, в силу отсутствия энергичных сокращений матки, головка не опустится, не прижмет отслоившиеся участки плаценты к стенкам матки и стенкам костного таза, тампонирующее действие головки не наступит и разрыв пузыря не будет иметь кровоостанавливающего эффекта. Поворот по Braxton-Hicks'у — метод выбора во многих случаях предлежания последа. Я являюсь сторонником комбини-

рованного поворота при *placenta praevia*, и не стал бы особенно возражать против него и в нашем случае. Единственное обстоятельство, удерживающее нас от производства его, — существование шейки. Хотя, шейка и была укорочена, все же она не сглажена, канал шейки сохранен на значительном протяжении. А при таких условиях поворот по Braxton-Hicks'у — дело далеко не легкое. Может быть лучше в данном случае остановиться на метрейризе? Условия для него даны: шейка достаточно раскрыта для введения и большого баллона. Метрейринтер, будучи введен в полость матки, неминуемо вызовет энергичную сократительную деятельность маточной мускулатуры, быстро завершит раскрытие зева, период изгнания пойдет нормальным путем, и есть надежда на получение живого плода. Ведь именно в интересах детей предложен метрейриз для терапии предлежания последа. Я уже приводил сравнительные результаты для детей при комбинированном повороте и при метрейризе. Я полагаю, что наш случай весьма подходящ для метрейриза.

В чем же состоит метрейриз?

Он заключается в введении в матку резинового баллона, который, как инородное тело, должен побудить матку к сокращениям и, вклиниваясь в шейку, должен ускорить раскрытие ее. В матку вводят скрипкообразный каучуковый баллон Barnes'a или сшитый из резиновой ткани баллон Champetier de Ribes или наконец грушевидный резиновый баллон Graup'a, который существует разных размеров и вместимости. В настоящее время наиболее употребительным является баллон Graup'a, который сворачивают в трубочку, захватывают специально для этой цели предложенным зажимом и вводят в матку, причем его можно вводить прямо „по пальцу“, т. е. под руководством пальцев другой руки или же *ad oculos*, обнажая шейку ложкообразными зеркалами. Я теперь всегда ввожу метрейринтер под руководством зрения. Роженица берется на край стола или на поперечную кровать. В спинногочичном положении вводятся длинные ложкообразные зеркала, влагалищная часть захватывается и низводится пулевыми щипцами; пустой баллон, сигарообразно сложенный и захваченный зажимом, вводится в шейку выше внутреннего зева, зажим извлекается, и в кишку баллона впрыскивается с помощью шприца Jannet'a стерильный физиологический раствор. Необходимым условием для успешного метрейриза является точная осведомленность о вместимости баллона, для чего до операции баллон должен быть испытан. Предварительное испытание метрейринтера важно не только для определения его вместимости, но и для определения его прочности. Повреждение баллона сводит на-нет все вмешательство, кроме того оно небезопасно, так как вливаемая жидкость попадает в матку и может способствовать инфекции.

Незнание вместимости баллона недопустимо: будучи наполнен недостаточным количеством раствора, баллон при первых же схватках выскользнет из шейки и не проявит полезного действия; будучи наполнен чрезмерным количеством раствора, он лопнет, что еще хуже. Впрыснув достаточное количество раствора, оператор, вводя палец по кишке баллона в шейку, убеждается в его достаточном напряжении, зажимает кишку баллона зажимом Кохера или Пеана, и этим заканчивает операцию. Можно для усиления действия метрейринтера привесить к кишке груз, и этим ускорить раскрытие шейки. Хотя такое привешивание груза весьма рекомендуется, лично я считаю его при предлежании последа противопоказанным, потому что слишком быстрое прохождение баллона через шейку, столь рыхлую и легко травмируемую при предлежании последа, может повести к разрыву ее, что при богатстве шейки сосудами может оказаться катастрофой. И если при возбуждении преждевременных родов, при *accouchement forcé*, при эклампсии, я вполне допускаю метрейриз

с грузом, то при предлежании последа я груза к метрейринтеру не привешиваю принципиально.

Но тут возникает важный вопрос: разрывать плодный пузырь перед введением метрейринтера или нет? Другими словами, вводить баллон в полость нижнего сегмента матки вне плодного яйца или вводить его в полость самого плодного яйца?

Как ни странно, а ряд авторов упорно рекомендуют именно экстраовулярный метрейриз.

Из современных авторов *Füth* (1928) считает экстраовулярный метрейриз даже методом выбора в лечении *placenta praevia*. Венская клиника (*Klaften*), наоборот, применяет метрейриз интраамниальный (и то там, где поворот по *Braxton-Hicks*'у неприменим). Экстраамниальный метрейриз ею справедливо отклоняется.

Вдумайтесь в обстоятельства дела. Баллон, введенный в нижний сегмент экстраовулярно, при постепенном наполнении раствором будет расправляться и приподнимать плодный пузырь, отслаивая его по всей периферии нижнего сегмента от подлежащей маточной стенки. В сферу отслойки при предлежании последа неминуемо попадет и нижний отдел



Рис. 7. Свернутый метрейринтер захвачен зажимом.

детского места. Его дольки будут отрываться от плацентарного места быстро увеличивающимся баллоном, — и кровотечение из разорванных маточно-плацентарных сосудов должно усилиться. Совсем другое дело при интраовулярном введении баллона. Баллон после разрыва пузыря лежит в полости плодного яйца; увеличиваясь, он приподымает подлежащую часть и всей своей периферией прижимает стенки плодного пузыря к нижнему сегменту матки. Он будет прижимать и плаценту к плацентарному месту, чем окажет идеальное тампонирующее действие и воспрепятствует дальнейшей отслойке плаценты. Я решительно высказываюсь против экстраовулярного введения метрейринтера при *placenta praevia*, признавая лишь интраовулярное его применение. Что же дальше? В идеальном случае метрейриз вызовет сильные схватки, быстро расширит зев, „родится“ во влагалище и наружу, вслед за ним в таз вступит и подлежащая часть, и роды завершатся силами природы. В таком случае наше вмешательство ограничивается метрейризом. Если же по рождении баллона головка остается высоко в большом тазу, не вступая в таз, и маточно-плацентарные сосуды, освободившись от тампонирующего влияния метрейринтера, начнут опять кровоточить, может потребоваться дополнительное вмешательство, а именно поворот на ножку. В таком случае мы заменяем тампонирующее действие метрейринтера таковым же действием ягодиц плода. Помощью поворота на ножку мы вставляем во вход в малый таз ягодицы и ждем изгнания плода. Нечего и говорить, что последний образ действий уступает первому. Во-первых тут два вмешательства, и оба внутриматочные, во-вто-

рых метрейриз тем и хорош, что при нем повышаются шансы на получение живого ребенка. Поворот сводит эти шансы на-нет.

Кстати: *Peham* обращает внимание на разницу действия метрейринтера при частичном предлежании и предлежании полном. В то время как при первом баллон вполне может развить свое давление на парацервикальные ганглии, будучи отделен от ткани шейки только оболочками, при центральном предлежании между баллоном и шейкой лежит последовая ткань, ослабляющая давление на шейечные ганглии, вследствие чего сократительная деятельность матки остается недостаточной и не может вести к быстрому изгнанию баллона.

Итак мы остановились на интравулярном метрейризе без применения груза, как на методе для нашего случая наиболее подходящем. В 12 час. 55 мин. без наркоза приступлено к операции. Роженица в спинно-ягодичном положении. После дезинфекции наружных частей (под) во влагалище введены длинные пластинчатые зеркала. Шейка захвачена и несколько низведена пулевыми щипцами. Под руководством пальца в зев введена одна бранша пулевых щипцов, острие ее приставлено к напрягающемуся плодному пузырю. Пузырь осторожно протынут. отошли околоплодные воды в умеренном количестве. После этого пустой баллон Вгаип'а, сигарообразно свернутый и захваченный зажимом (рис. 7), введен в шейку, причем получилось ощущение, что инструмент касается головки. Под контролем указательного пальца левой руки, введенного в канал шейки рядом с кишкой баллона и удерживающего баллон от обратного выскальзывания, зажим разомкнут и извлечен. Приступлено к наполнению баллона. Акушерка шприцем Jappet'a влила в кишку баллона 400 см³ физиологического раствора соли (количество, заранее определенное). На кишку баллона наложен зажим Пеана. В это время указательным пальцем левой руки определено, что баллон туго налит, потягивание за кишку убедило, что баллон не выскальзывает. Пулевые щипцы с шейки сняты, зеркала извлечены. Операция закончена (рис. 8). Роженица положена на кровать. Уже через $\frac{1}{4}$ часа начались довольно сильные схватки, повторявшиеся через 15—12—10—5 минут. В 16 часов 25 минут при сильных потужных болях родился метрейринтер. Кровотечения нет. Наружное исследование указало, что головка вставилась во вход малого таза. Сердечные тоны плода отчетливы. По рождении метрейринтера родовые схватки не прекратились, а продолжались с той же интенсивностью каждые 5 минут.

В 16 час. 55 мин. дежурный врач, желая осведомиться о степени раскрытия зева, произвел ректальное исследование: головка стоит неподвижно в широкой части полости таза. Брестцовая впадина еще не выполнена. Открытие зева около 5 пальцев, края его тонкие.

В 17 час. 30 мин. родился плод мужского пола, во 2-м затылочном положении (головка повернулась лицом к левому бедру матери). Плод живой, без асфиксии, весом около 3200 г.

Могли ли мы после рождения ребенка успокоиться и считать опасность миновавшей? Конечно нет. Последовый период именно в случаях предлежания последа чреват опасностями. К счастью не всегда наступает кровотечение. И в нашем случае кровопотеря в последовом периоде была не



Рис. 8. Метрейриз при предлежании последа.

больше физиологической. Через 20 минут после рождения ребенка послед вышел самостоятельно с оболочками. Детское место обычной величины, дольки его, преждевременно отслоившиеся, отличаются более темным цветом, покрыты сгустками, разрыв оболочек краевой. Прикрепление пуповины центральное.

Послеродовой период прошел гладко. Родильница выписалась на 8-й день с ребенком.

Интерес случая. У многорожавшей в периоде раскрытия начинается незначительное кровотечение. Внутреннее исследование выясняет причину кровотечения: частичное предлежание последа. Роды ведутся вначале консервативно. Усиление кровотечения через сутки вынуждает вмешаться активно. Наиболее рациональным методом признается в данном случае метрейриз. При существующей шейке, пропускающей 2½ пальца, вводится метрейринтер Браун'а вместимостью в 400 см³ интраокулярно. Наступает интенсивная родовая деятельность. Через 3½ часа рождается баллон. Головка оказывается вступившей в таз. Период изгнания протекает нормально. Быстро завершается и последовый период. Плод живой, без асфиксии. Послеродовой период без осложнений.

Случай 4-й.

Екатерина М. П., 24 лет (№ приемного журнала 4384), поступила в больницу 3 марта 1925 г., в 7 час. 50 мин. с кровотечением из половых путей, начавшимся в 2 часа ночи.

Родов не было; 2 года назад был самопроизвольный выкидыш. Регулы приходят ежемесячно по 4 дня. Последние регулы были 19 июня 1924 года, продолжались лишь 1½ дня и были очень скудны. Беременность протекала без особенностей; не было ни рвоты ни отеков. Был сделан анализ мочи; анализ затерялся, данных исследования пациентка не помнит. Времени первого движения плода больная указать не может. 10 января появилось кровотечение, побудившее больную поступить в больницу, где она и пролежала неделю, после чего выписалась и пользовалась хорошим здоровьем до дня поступления в отделение (3 марта). Ночью, без видимых причин, началось сильное кровотечение, разбудившее больную. Никакой боли в животе при этом не было.

При поступлении: беременная среднего роста, правильного телосложения, с удовлетворительным развитием подкожного жирового слоя. Кожа и видимые слизистые оболочки бледноваты. Сердце, легкие—N. Пульс ритмичный, учащенный, среднего наполнения.

Живот увеличен соответственно доношенной беременности, овоидной формы. В дне матки определяются ягодичы плода, мелкие части справа, спинка слева. Над входом в таз головка, слегка подвижная, с неполно ясными контурами. Сердечные тоны плода выслушиваются плохо.

Размеры таза: d. sp.—26; d. cr.—28; d. tr.—32; conj. ext.—19½. Окружность живота 98 см. От лобка до пупка—17 см, от лобка до меча 39 см, высота дна матки—29 см. Родовой деятельности нет. Незначительное кровотечение из родовых путей. Исследование per rectum: шейка существует, укорочена, наружный зев закрыт; мыс далеко, еле достижим. Предлежащая часть—головка, над входом подвижна, достигается как бы через мягкую массу.

С чем мы имеем дело?

1. Перед нами случай предлежания последа у первобеременной с недоношенной беременностью.
2. Возможно преждевременное отделение нормально расположенного детского места.
3. Беременность доношенная. Есть указания на то, что предлежание последа полное.

Всякое кровотечение во второй половине беременности или в начале родов (до отхождения вод) дает нам повод подозревать предлежание последа. Правда, надо исключить разрывы варикозных расширений вен вульвы, влагалища, рак шейки матки, что очень не трудно. И хотя, согласно опыту, предлежание последа наблюдается чаще у повторнородящих, все же и у первородящих оно не редкость. Тут характерны повторные кровотечения, ничем повидимому не вызванные, как бы беспричинные. Уверены ли мы в том, что у нашей больной предлежание последа? Почти уверены. Слишком типична для этой аномалии последа картина болезни. Срок беременности может возбудить сомнения. С одной стороны, судя по сроку, последних регул, предполагаемый срок родов 26—27 марта (числа первого движения плода мы не знаем) — беременность должна быть недоношенной; с другой стороны, размеры живота указывают на вполне доношенную беременность: определяемый при наружном исследовании плод производит впечатление зрелого. Мы склонны более доверять данным объективного исследования, чем анамнезу; ведь больная может ошибиться, особенно под влиянием волнения и страха перед предстоящими родами. С другой стороны, мы знаем, что нередко менструация приходит раз-другой при уже наступившей беременности.

Преждевременное отделение нормально расположенного детского места мало вероятно. Правда, мы не знаем, есть ли у нашей больной изменения в почках (анализ мочи затерян). Но полное отсутствие признаков внутреннего кровотечения и боли в животе, отсутствие характерных изменений со стороны матки (напряжение, плотность, болезненность), живой плод, а главное, данные ректального исследования заставляют нас остановиться на диагнозе предлежания последа. Уже при 3-м приеме Leopold'a обращает на себя внимание неясность контуров головки: что-то мягкое мешает ясно отконтурировать предлежащую часть. Еще яснее становится наличие в нижнем сегменте матки последа при ректальном исследовании.

При вполне удовлетворительных размерах таза как наружных, так и оцениваемых при ректальном исследовании, головка у первородящей в конце беременности находится в большом тазу, подвижная над входом в таз. Между исследующим пальцем и головкой находится прослойка тканей довольно толстая, более массивная, чем нормальные стенки прямой кишки и нижнего сегмента матки. Это обстоятельство также заставляет думать, что нижний сегмент матки содержит в себе нечто необычное, что может быть только плацентой.

Итак мы приходим к заключению, что беременность доношенная и что имеется предлежание последа. Невозможно решить, с каким видом предлежания последа мы имеем дело. Но принимая во внимание, что уже почти за два месяца до поступления было кровотечение, что и теперь до начала родов наступило значительное кровотечение наконец, принимая во внимание данные ректального исследования (см. выше), мы можем сделать предположение, что имеем дело с полным предлежанием последа.

Что касается кровотечения при рас. praevia, то известно, что при краевом прикреплении плаценты кровотечение обычно начинается только во время родов, и кровопотеря редко бывает значительной. При боковом предлежании последа кровотечение часто начинается еще во время беременности, иногда же лишь после начала родовой деятельности. При полном предлежании обычно кровотечение начинается задолго до родов, в последние месяцы беременности, зачастую возобновляясь неоднократно, в начале же родов оно достигает угрожающей силы.

Итак мы ставим предположительный диагноз полного предлежания последа.

Кровотечение во время исследования очень небольшое. Воспользуемся затишьем и обдумаем положение дела. Мы должны выработать план дей-

ствий как можно скорее, потому что кровотечение может в любой момент стать угрожающим, и настоящее затишье есть затишье перед бурей

1. При возобновлении кровотечения показана тугая тампонация влагалища.
2. Следует расширить шейку бужами Негар'а и ввести метрейринтер в нижний сегмент матки. Кровотечение остановится, начнется родовая деятельность.
3. Надо надеяться, что к моменту кровотечения шейка окажется проходимой для 2 пальцев. Тогда можно будет пробуравить пальцами плаценту и сделать поворот по Вraxton-Nicks'у. Низведем ножку, мы остановим кровотечение.
4. Родовых болей нет. Шейка может оказаться недостаточно открытой для введения 2 пальцев. Показано влагалищное кесарское сечение.
5. Возобновление кровотечения поставит нас в тяжелое положение. У первородящей с закрытой шейкой мы не сможем без риска для жизни матери окончить роды. Единственно рациональным вмешательством будет брюшностеночное кесарское сечение.

Действительно: представьте себе — через несколько минут начнется сильное кровотечение! Что тогда делать? Вы предлагаете туго затампонировать влагалище. Чего вы достигнете? Наружного кровотечения не будет. Но из этого вовсе не следует, что вы остановили кровотечение. Оно будет продолжаться, кровь будет скопляться выше тампона и будет лишь способствовать дальнейшей отслойке плаценты от стенки нижнего сегмента. И ваша тугая тампонация лишь увеличит кровопотерю; рыхлая же тампонация только на время даст вам иллюзию остановки кровотечения, кровь просочится сквозь тампон. Кроме того тампонация несет с собой опасность инфекции. Самый чистый тампон, придя в соприкосновение с влагалищем, инфицируется и, будучи продвинут в шейку, занесет инфекционное начало в цервикальный канал, в нижний сегмент матки, а во время родов оно успеет проникнуть в зияющие вены плацентарного места.

Тампонацию влагалища мы вычеркнем из списка мероприятий при рlас. pгаevia, мы ее забудем.

Далее, вы предлагаете расширить шейку бужами Негар'а и ввести в матку метрейринтер. Сложенный баллон (Вауп'а например) можно ввести в шейку, если канал ее пропускает один палец. В подавляющем большинстве случаев предлежания последа во время кровотечения шейка уже будет достаточно проходимой. В нашем случае может оказаться, что цервикальный канал для пальца непроходим. Ведь больная первородящая, родовых болей нет и не было. В таком случае разрешается расширение дилататорами Негар'а. Расширить шейку будет не трудно, ткань шейки рыхлая, податливая. По расширении до № 16—17 легко удастся ввести метрейринтер. Но куда мы его введем? Если предлежание плаценты боковое, мы прорвем пузырь и введем баллон в полость плодного яйца с тем, чтобы он, будучи наполнен, прижимал плаценту к подлежащей стенке матки. А если предлежание полное, то мы лишены возможности войти баллоном внутрь плодного яйца: он будет располагаться под плацентой и, наполняясь, будет приподнимать плаценту, отрывая ее от места своего прикрепления по всей периферии нижнего сегмента. Никакой тампонации баллоном не получится, наоборот, произойдет еще большая отслойка, еще большее кровотечение, и мы не будем удивляться, когда увидим обильную струю крови, сочащуюся из цервикального канала мимо кишки баллона. Не даром большинство авторов при рlас. pгаevia рекомендуют метрейриз интравулярный и не признают внеоболочного введения баллона.

Предполагая у нашей больной полное предлежание плаценты, можем ли мы идти на метрейриз, предвидя невозможность ввести баллон интра-овулярно?

Но если даже, пробуравив так или иначе детское место, ввести баллон внутрь плодного яйца, то будет ли подобное вмешательство рациональным? В предыдущей беседе я уже привел мнение *Peham'a*, отвергающего метрейриз при полном предлежании последа. Мы также решительно отвергаем метрейриз, как метод не только ненадежный, но и могущий усилить отслойку плаценты и этим увеличить кровопотерю.

Поворот по *Braxton-Hicks'у*? Я уже разбираю этот метод терапии *plac. praeviae*, и вы знаете его большие достоинства. Но для выполнения его требуется известное открытие зева, хотя бы на 2 пальца. Для этого нужна родовая деятельность, нужны схватки, а их-то в нашем случае нет и не было, перед нами не роженица, а беременная женщина. Поворот по *Braxton-Hicks'у* часто делается при полном предлежании последа и теперь нередко применяется при этой форме *plac. praeviae*. Предлагали, дойдя пальцами до плаценты, отслоить ее в ту или иную сторону до оболочек, разорвать их и, проникнув в полость плодного яйца, повернуть плод на ближайшую ножку. Этот совет неразумен, так как приходится отслаивать плаценту на значительном протяжении, что ускорит только гибель плода и вызовет усиление кровотечения. Рациональнее, не отклоняясь в сторону, тут же над зевом пробуравить пальцами последовую ткань, через нее добраться до амниотического покрова плаценты, прорвать и его и приступить к повороту. По окончании его ножка плода будет как бы протянута через окошко в плаценте. Поворот по *Braxton-Hicks'у* пользуется широким распространением, и правильно исполненный он дает хорошие результаты для матери. Ягодицы прижимают плаценту к стенкам нижнего сегмента. Низведенная ножка побуждает матку к сокращениям, и роды продолжаются без значительной кровопотери. Не следует забывать, что влечение за низведенную ножку чревато тяжкими последствиями (разрывы шейки, сопровождающиеся большим, подчас неудержимым кровотечением). Даже при наступлении полного открытия зева извлечение плода делать не следует, предоставляя изгнание его силам природы. Если многие авторы и советуют для ускорения родов привешивать к низведенной ножке груз, то я лично позволяю себе высказаться против такового, полагая, что привешивание груза есть то же влечение за ножку, столь опасное в смысле разрывов.

Если результаты для матерей при повороте по *Braxton-Hicks'у* могут быть названы хорошими, то этого нельзя сказать об исходах для плода. Большая часть плодов погибает. Да это и понятно: помимо самого поворота, сопряженного подчас с прижатием пуповины, плод страдает от того, что после поворота он как бы сидит на своей плаценте, прижимая ее своими ягодицами к подлежащим тканям и тем нарушая в ней кровообращение. Смерть наступает от асфиксии (а отнюдь не от анемии).

Выполним ли поворот по *Braxton-Hicks'у* у нашей больной? Нет, он не может быть произведен за отсутствием открытия зева, и если даже открытие зева было бы налицо, я не рекомендовал бы приступить к нему, памятуя, что наша больная первородящая, а у таких поворот — дело далеко не легкое.

Тут хотелось бы упомянуть о предложении (*Baum-Zalewky*) заменить поворот по *Braxton-Hicks'у* наружным поворотом на ягодицы с последующим низведением ножки. Не говоря о том, что этот метод у нашей больной неприменим по той же причине, как и поворот по *Braxton-Hicks'у*, он вообще мне кажется нежизненным, и действительно он признания не получил.

Все же интересно, что и англичанин *Barris* считает наружный поворот на ягодицы с низведением ножки методом выбора при лечении *plac. praeviae*.

Итак поворот мы отвергаем и поневоле обращаемся к чисто хирургическим методам терапии *plac. praeviae*. Вы предлагаете влагалищное кесарское сечение. Рассуждение кажется правильным. Влагалищное кесарское, в виде *hysterotomia vaginalis anterior* *Wimm*, дает возможность в кратчайший срок опорожнить матку. В каких-нибудь 20—25 минут мы удаляем плод и послед, даем матке возможность сократиться и гарантируем больную от дальнейших кровопотерь. Подобный образ действий и был предложен для терапии *plac. praeviae*. Так *Döderlein* является сторонником влагалищного кесарского сечения. Из 161 роженицы умерло 15 (9,3%), детская смертность выразилась цифрой 40%. Лучшие результаты получил *Baisch*: из 40 разрешившихся таким путем рожениц не умерло ни одной. Из 22 детей, живших до операции, живыми получено 19, что составляет 9,5% детской смертности. *Liebe* также дает предпочтение *hysterotomia anterior* (у первородящих в соединении с разрезом *Schuchardt'a*). Из 28 рожениц он не потерял ни одной; детей умерло 6—21,4%.

Enrique Febres (Lima. 1925) производит влагалищное кесарское сечение после первого же кровотечения при предлежании последа. В 14 оперированных случаях все матери и все дети остались живы. В статистике *Schnitzer'a* (München) мы видим 194 случая влагалищного кесарского сечения с 9,2% материнской смертности (при внутреннем повороте 13,3%, при повороте по *Braxton-Hicks'y*—7%, при разрыве пузыря 4,3%, при тампонаде и метрейризе 5,1%). Детская смертность у *Schnitzer'a* при влагалищном кесарском сечении 52% (редуцированная 25%), при внутреннем повороте 76,6% (редуцированная 40%), при *Braxton-Hicks'e* 88,1% (редуцированная 57,5%) и т. д.

Вы видите, что исход для матерей и плодов сравнительно хорош. И тем не менее этот метод не привился в терапии предлежания последа. В чем дело? Авторы не симпатизируют влагалищному кесарскому сечению потому, что тут приходится рассекать шейку и нижний сегмент, т. е. отделы матки, наиболее богатые сосудами, в силу расположения плаценты тут же. Приходится рассекать ткани, сплошь пронизанные расширенными *ad maximum* сосудами, что неминуемо даст большое кровотечение, с которым справиться будет не легко, ввиду хрупкости и рыхлости тканей. *Холодковский* (1928) указывает, что „кровотечения опасного, иногда смертельного мы не сможем избежать, если при *plac. praevia centralis* мы делаем влагалищное кесарское сечение, ибо в начале же операции мы рассекаем те места, где ненормально укрепилась плацента. Ведь ложе плаценты в этих случаях располагается обычно в отрезке матки, мало способной к хорошей сократительной деятельности“. *Conrad* (Берлин) прямо заявляет, что влагалищное кесарское сечение в их клинике при предлежании последа не производится, потому что „мы боимся легкой разрываемости стенок шейки и богатства ее кровью“. Нас не удивляет поэтому, что и *Stöckel* прибегает к влагалищному кесарскому сечению лишь в исключительных случаях, а именно при мертвом плоде, заведомой инфекции и недостаточном открытии зева. Тут он производит *hysterotomia anterior* с последующим поворотом на ножку и перфорацией последующей головки.

В нашем случае плод жив, больная не инфицирована. Неужели же мы пойдем на риск влагалищного кесарского сечения? Нет, мы имеем метод гораздо менее кровавый и столь же быстро ведущий к цели, — метод, все более и более завоевывающий себе симпатии авторов. Я говорю о брюшно-стеночном кесарском сечении.

Предложение делать кесарское сечение при предлежании последа основано на следующих соображениях: опасность при *plac. praevia* заключается в кровотечении, зависящем от растяжения нижнего сегмента. Родоразрешить женщину абдоминальным путем значит прекратить всякое даль-

нейшее растяжение нижних отделов матки. Велика заслуга *Krönig'a* и *Sellheim'a*, потребовавших при предлежании последа „Schnittentbindung“. В настоящее время среди сторонников кесарского сечения мы видим такие крупные имена, как *Bumm*, *Stöckel*, *Pankow*, *Новиков*, *v. Jaschke*, *Zweifel*, *Stückel*, *Koblank*, *Bayer*, *Hofmeier*, *v. Kubinyi* и т. д.

Stöckel называет кесарское сечение „самой успешной“ терапией предлежания последа; проф. *Новиков* еще в 1913 году, указывая на свои случаи кесарского сечения при предлежании последа, говорит: „От placenta praevia женщины не должны умирать“; *v. Jaschke* видит в нем „самую существенную профилактику атонии плацентарного места в isthmus'e“. Выгода этого метода в том, что избегаются всякие манипуляции со стороны влагалища и в силу этого всякое перенесение инфекционного начала в область плацентарного места. После удаления плода мы подходим к плаценте по меткому выражению *Stöckel'я*, „с асептической стороны“. Далее ясно, что только кесарское сечение в состоянии значительно понизить обычную высокую смертность детей (60—70%). Все зрелые или почти зрелые плоды могут быть спасены. И по отношению к кесарскому сечению применимо общее правило всякой терапии предлежания последа: чем раньше, тем успешнее. Ведь кесарское сечение должно действовать профилактически, должно предохранить нижний сегмент матки от столь опасного растяжения, а посему оно должно быть произведено своевременно. Недаром многие авторы делают его только при небольшом открытии зева.

Брюшностеночное кесарское сечение в настоящее время — почти всеми признанный метод лечения предлежания последа. Но в то время как некоторые, напр. *Hitschmann*, применяют его лишь в особенных случаях (старые первородящие, длинная ригидная шейка, узкий неподатливый зев), другие находят для него гораздо более широкое поле применения. *Stöckel* при значительном кровотечении готовится к кесарскому сечению и уже на операционном столе исследует вагинально. Результат исследования определяет образ действий: если установлена plac. marginalis или plac. lateralis незначительной степени при головном предлежании — разрывают пузырь и дают pituitrin. Во всех других случаях, т. е. когда раньше делали поворот или метрейриз, приступают к кесарскому сечению, если только нет признаков заведомой инфекции и если плод жизнеспособен и жив. Кроме того принимается во внимание степень обескровливания: чем сильнее анемия, тем более надо беречь кровь, тем более показано кесарское сечение. „Стремление к идеалу современного акушерства — не жертвовать ни матерью ни плодом — склоняет нас к кесарскому сечению“ — говорит *Исаакян* (Клиника проф. *Кушталова*. 1928). „Самым скорым и повидимому наиболее целесообразным является чревосечение, которое потерю крови, так жизненно необходимой для матери и для плода, приводит к возможному минимуму“ — говорит *Холодковский*. Он настаивает на необходимости признать абдоминальное чревосечение при центральном предлежании детского места единственно правильной и необходимой операцией. *Netzer* (*Иона*, 1925) отмечает значительное улучшение результатов для матери и для детей с введением кесарского сечения в терапию предлежания последа. *Kellog* (1918) видит преимущество кесарского сечения в том, что при этом избегается травматизация нижнего сегмента. *Боканов* (из клиники проф. *Н. В. Маркова*) дает весьма обстоятельную работу о хирургическом лечении placenta praeviae. Материал клиники обнимает 18 случаев с тремя смертями матерей. Автор требует кесарского сечения лишь в тяжелых случаях при сильнейшей кровопотере и малом открытии зева. Все остальные случаи пока разрешаются старыми способами. При кесарском сечении он применяет предпочтительно люмбальную анестезию. При плохой ретракции матки автор с успехом пользуется смачиванием полости и

самого тела матки тампонами, пропитанными эфиром, что было предложено *Liermann*'ом.

Многие авторы ставят производство кесарского сечения в зависимость от жизни и жизнеспособности плода, а также от чистоты случая. *Stöckel* допускает кесарское сечение даже у рожениц, доставляемых извне в затампонированным влагилицем, а также у больных с повышением температуры до 38°, у последних впрочем лишь в том случае, если повышение температуры началось в клинике. *Süssmann* сделал 12 раз классическое кесарское сечение, причем все роженицы были подозрительны в смысле инфекции, все они были исследованы и тампонированы, даже акушерками. Одна больная умерла. 0% смертности для матерей и детей имел и *Reusch* в своих 7 случаях, из которых 4 были подозрительны по инфекции.

Я полагаю, что брюшностеночное кесарское сечение должно занять видное место в терапии предлежания последа. Дело будущего; дело больших статистик решить, насколько оно может вытеснить так называемые „старые методы“, т. е. поворот по *Braxton-Hicks*'у и метрейзис, но что оно с ними уже конкурирует и конкурирует успешно, видно уже теперь. *Felletar* (Бу-дапешт), отдавая в клинике предпочтение кесарскому сечению, уточняет показания к нему следующим образом, кесарское сечение показано: 1) если при полном (центральном) предлежании последа или даже частичном и открытой зева на 2 пальца плод жизнеспособен и жив, и нет признаков инфекции, 2) у пожилых перворожениц, особенно достигших 40-летнего возраста, 3) в более легких случаях, если женщина так обескровлена, что дальнейшее кровотечение жизнеопасно, и 4) исключительно в интересах матери во всех тяжелых случаях при мертвом или нежизнеспособном плоде.

Henkel не считает кесарское сечение методом выбора при предлежании последа. Он производит его только при зрелом плоде; в инфицированных случаях он присоединяет к нему ампутацию матки.

Пока авторы ставят показания к нему то более, то менее широко; но все же и не будучи большим активистом, я должен сказать, что каждому из нас могут встретиться и будут встречаться такие случаи, как наш, где, размышляя о показаниях к тому или иному вмешательству, поневоле приходишь к выводу, что единственно правильной терапией является брюшностеночное кесарское сечение: и в нашем случае первородящая, шейка существует, зев закрыт, повидимому полное предлежание последа, сильное кровотечение и живой плод.

Мы решились на кесарское сечение. Но на каком методе остановиться? Дело в том, что классическое кесарское сечение в настоящее время приобрело сильного конкурента в лице трансперитонеального цервикального кесарского сечения. *Conrad* прямо заявляет: лучшие результаты для матери и ребенка с 0% смертности достижимы с помощью трансперитонеального цервикального сечения. *V. Jaschke* получил смертность 2%. *Stöckel* потерял одну больную из 31 = 3,3%. Конечно каждый автор будет более склоняться то к одному виду кесарского сечения, то к другому, в зависимости от полученных им результатов. Повидимому в этом отношении классическое кесарское сечение уступает первенство своему младшему брату. *Stöckel* объявляет интраперитонеальное цервикальное кесарское сечение методом выбора в терапии *plac. praeviae*. Он не боится разреза, идущего на плаценту: кровотечение всегда небольшое, всегда можно обколоть кровоточащие маточно-плацентарные сосуды. Он не согласен с *Waltherd*'ом, что остановка кровотечения труднее, — ведь и раньше при кесарском сечении, производимом например по поводу узкого таза, мы не боялись разреза матки в области плаценты. Решающим является то обстоятельство, что тут разрез расположен в нижних отделах брюшной полости. Хотя тело матки более отдалено от содержащих микробы отделов родо-

вого пути, чем шейка, все же при классическом методе операция происходит в свободной полости брюшины, и околоплодные воды, сыровидная смазка и проч. могут излиться непосредственно в нее, в то время как при шеечном разрезе свободная брюшная полость ограждена большим телом матки и компрессами, и содержимое матки может попасть в ограниченное пространство между шейкой и пузырем.

Цервикальное кесарское сечение имеет еще то преимущество (*Reusch, Conrad*), что оно дает лучшую защиту от восходящей инфекции в силу того, что в области нижнего сегмента подвижная брюшина дает возможность положить над разрезом матки 2 этажа швов.

Не следует также забывать, что разрывы матки по кесарскому рубцу чаще бывают после классического сечения (1—4% по *Wetterwald's*у), чем после цервикального (0,2%).

Мы стоим на той точке зрения, что цервикальное кесарское сечение заслуживает решительного предпочтения перед классическим методом во всех случаях (узкий таз, эклампсия и проч.), кроме случаев предлежания последа. Тут мы предпочитаем рассекать матку вдали от плацентарного места, тем более что описан случай воздушной эмболии при шеечном сечении (*Busalla*). А посему и в нашем случае мы, не колеблясь, приступили к классическому кесарскому сечению.

В 10 час. 30 мин. под хлороформным наркозом разрез по средней линии от пупка до лоба. Вскрыта брюшная полость, без выведения матки сделан срединный разрез по ее передней стенке, нижний конец разреза пришелся на край плаценты. Разорвав пузырь, за ножку извлечен плод в легкой асфиксии и, по отделении его от матери, передан акушерке. Рукой извлечен послед, располагавшийся в нижнем сегменте, центрально над зевом. Полость матки протерта спиртом, рана зашита в один этаж узловыми катгутowymi швами. Непрерывный катгуттовый шов на брюшину, такой же шов на апоневроз, серфины на кожу. Продолжительность операции 18 минут. Кроветеря очень небольшая.

Операцию больная перенесла хорошо. Плод, родившийся в легкой асфиксии, оживлен, женского пола: вес 3 000 г, длина 52 см. Послед без дефектов, оболочки все. Послеродовой период осложнился острым бронхитом. 9 марта сняты швы, повсюду первичное натяжение, кроме нижнего угла раны, где имеется ничтожное расхождение краев кожи.

Больная выписалась 3 апреля здоровой с ребенком.

Интерес случая. У нерожавшей женщины в конце беременности наблюдаются повторные кровотечения. Сильное кровотечение приводит больную в больницу. Беременность доношенная, родовой деятельности нет. Шейка закрыта. Клиническая картина и данные исследования заставляют думать, что имеется полное предлежание последа. Единственно правильным образом действия признается брюшностеночное кесарское сечение, каковая операция и производится без выведения матки. Ребенок оказался доношенный, живой. Послеродовой период осложнился посленаркозным бронхитом.

Считаю небезынтересным добавить, что гр-ка Екатерина М. П., спустя почти 2 года, вновь поступила в клинику (№ приемного журнала 2073/356) 25 ноября 1926 г. Она у нас находилась под наблюдением и благополучно разрешилась 23 декабря живой девочкой—весом в 4 000 гр. Роды были физиологические, период изгнания длился 2 часа 25 мин., последовый период—1 час 20 мин.

К счастью для больной на этот раз плацента располагалась на передней стенке матки правее средней линии, что было определено по способу Demme.

Случай 5-й.

14 июня 1925 г., в 9 часов утра, скорой помощью доставлена больная А. Ш., 33 лет, многорожавшая, № журнала 8365. В виду тяжелого состояния больная из приемного покоя немедленно в своем же платье принесена в отделение. Больная мертвенно-бледна, крайне апатична, на вопросы едва реагирует. Пульс на лучевых артериях не прощупывается. По обнажении больной оказалось, что тело ее буквально залито кровью, особенно живот, таз и нижние конечности; кисти рук и предплечья сильно запачканы кровью. На лобке и наружных частях застывшая кровь. Через брюшные покровы определяется беременная матка, дном своим стоящая на 2 пальца выше пупка.

О чем можно было подумать, видя перед собой такую необычайно грозную картину?

1. Предлежание детского места, на 7 месяце беременности, вероятно центральное.
2. Преждевременное отделение нормально расположенного детского места, с преимущественно наружным кровотечением.
3. Какая-либо травма родовых путей.
4. Пузырный занос.

Мы не имели возможности собрать анамнез, больная не смогла бы нам сообщить данных о начале кровотечения, о причинах его. К тому же состояние больной было таково, что нужна была немедленная помощь. Произведенное тут же внутреннее исследование указало, что во влагалище много крови, шейка короткая, но не сглажена, канал шейки пропускает палец, пузырь цел, вялый, предлежит подвижная головка, нигде плацентарной ткани нет.

Предположение о предлежании детского места отпало. Во время внутреннего исследования, занявшего всего около минуты времени, я заметил струйку крови, сочившуюся поверх моей руки; вытерев кровь смоченной в сулеме ватой, я обнаружил рваную рану предверья влагалища, идущую от клитора кзади к наружному отверстию уретры и огибающую его слева. Рана довольно глубокая, с рваными краями. Из нижнего угла ее сочилась кровь. Стало ясно, что перед нами травматическое повреждение пещеристых тел (рис. 9).

На вопрос о причине ранения больная могла только сказать: „На ступ“.

Остановить кровотечение, сию же минуту остановить! Швы были наготове; с некоторым трудом найдено наружное отверстие уретры, в которую введен катетер моча вытекла чистая, без примеси крови). На разрыв наложено 5 швов. Кровотечение остановилось.

В каком же состоянии больная? Вся та же мертвенная бледность, то же отсутствие пульса, почти бессознательное состояние.

Надо поднять кровяное давление, надо поднять деятельность сердца.

Впрыснуто 2 см³ камфорного масла, 1 см³ digalen'a, начато подкожное вливание физиологического раствора. Но уже началась агония. Мы решились на впрыскивание адреналина непосредственно в сердце (в 4-й межреберный промежуток, слева от грудины впрыснут 1 см³ sol: adrenalinі 1 : 1000). Больная тут же скончалась.

Немедленно произведено кесарское сечение на мертвой. Извлечен плод мужского пола длиной в 38 см, без признаков жизни. Во время операции поражала анемия матки и брюшной стенки. Они были совершенно бескровны.

Перед нами редкий случай смерти от кровотечения из пещеристых тел клитора и уретры.

Как потом выяснилось из расспросов родных, больная при уборке комнаты упала на спинку стула, после чего началось сильнейшее кровотечение.

Возможно ли было спасти больную?

Несомненно да. Но не в больнице, куда она была доставлена в безнадежном состоянии. С момента появления больной в смотровой отделения до завязывания последнего шва прошло всего каких-нибудь 5—6 минут. Мы сделали все, что было возможно, и притом с максимальной быстротой. Больная могла быть спасена, если бы дома вслед за ранением ей была оказана рациональная помощь. Тут нужен был не вызов скорой помощи и транспорт в больницу. Если бы случайно нашелся вблизи смысленный человек, он бы взял какой-либо чистый материал: вату, марлю, любой кусок чистого белья и прижал бы его крепко к наружным частям. Ведь кровотечения из ранения преддверья можно легко остановить прижатием, потому что кровоточащая область лежит непосредственно на лонных частях, на твердой подкладке.

И потом, уж после временной остановки кровотечения, нужно было позаботиться или о вызове врача-специалиста или об отправке больной в больницу.

Но в этом-то и заключается трагизм подобных катастрофических случаев, что в момент катастрофы рациональная помощь не оказывается и не может быть оказана, она приходит слишком поздно.

При кровотечениях из половых органов у беременных не следует упускать из виду возможность ранения преддверья. Если в нашем случае анамнеза не было, если некому было дать нам сведения о больной, то ведь возможны случаи, где причину кровотечения умышленно скроют, случаи, где совершено грубое насилие, случаи криминальные. Врач может просмотреть травму, его мысль направлена на *placenta praevia*, тем более, что влагалище полно затекшей в него из преддверья крови. А тут каждая минута промедления приближает женщину к роковому концу.

Мы сделали кесарское сечение на мертвой. Эта операция производится для получения живого ребенка из утробы умершей матери. Она предписывается в римском праве (*lex regia*). Она вошла во все законодательства европейских стран. Русский закон гласил: „Ко вскрытию мертвого тела ни в каком случае не должно приступать прежде истечения 24 часов после смерти, исключая только, когда беременная женщина на второй половине своей беременности скоропостижно умерла, ибо в этом случае, для спасения плода и окрещения оного, должно произвести кесарское сечение, со всеми предосторожностями, какие при сем обыкновенно наблюдаются на живых“.

Для нас ясно, что это положение нельзя назвать с научной точки зрения безупречным: 1) кесарское сечение должно быть произведено во всех случаях, когда беременная умирает в течение второй половины беременности; плод же считается жизнеспособным только с 28-й недели, т. е. с 7 лунных месяцев. До этого срока он нежизнеспособен, и все же для спасения его жизни должна быть произведена операция. 2) Кесарское сечение должно быть произведено когда беременная умирает скоропостижно. А если она умирает не скоропостижно, — неужели мы не должны оперировать, даже если внутриутробный плод жив? 3) Нет указаний на допустимый промежуток времени между смертью женщины и операцией.



Рис. 9. Ранение преддверья.

Особенно важен последний пункт. Действительно, через сколько времени после смерти беременной погибает ее внутриутробный плод? Наблюдения показывают, что спустя 10, самое большое 12—15 минут после смерти матери плод ее погибает или находится в состоянии безнадежной асфиксии. По *Linzenmeier*'у 60% детей могут быть спасены, если оперировать не позднее 20 минут после смерти матери. Замечательно, что *Bukall* получил живого ребенка, оперируя через 20—30 минут после смерти.

На практике мы встречаем ряд затруднений. Известно, что смерти обычно предшествует агония, то короткая, то более или менее длительная. Во время агонии нарушается дыхание, кровообращение умирающей, что, конечно отражается губельно на плоде. Наконец, наблюдая за угасанием жизни человека, разве вы можете с математической точностью определить момент ее смерти? Вот почему статистики кесарского сечения на мертвой давали всегда весьма неутешительные результаты. Правда, за последнее время удается спасать больше детей. Если прежде *Dohrn* указывал 2—5% спасенных детей, *Vauch* 21,4%, то статистика *Backman*'а дает уже 58%. *Китнер* (Ленинград) сообщает о 44 случаях кесарского сечения на мертвых с 30 живыми детьми (68,9%). Чем старше беременность, чем меньше времени прошло с момента смерти женщины, тем больше шансов на получение живого младенца.

Некоторое значение имеет и характер болезни матери. По *Backmann*'у шансы на успех хороши при пороках сердца, менингите, туберкулезе, эмболии, смерти от *gl. thymus*; неблагоприятен прогноз при предлежании последа, разрыве матки, сепсисе, апоплексии, истечении кровью.

Если вы предвидите смерть беременной, вы имеете время и возможность обставить операцию так, как вы привыкли ее обставлять в повседневной оперативной работе. Если же вас позвали после смерти больной, вы конечно не будете тратить время на приготовление операционной. Убедившись в том, что перед вами труп, вы вскроете брюшную полость и матку немедленно и извлечете плод и послед. Особенное внимание следует обратить на тщательное зашивание раны матки и брюшных стенок. Того требует закон.

Кстати скажу, что уже давно было предложено в случаях, где нет сомнения, что беременная женщина в ближайшем времени должна умереть не разрешившись, делать кесарское сечение не после смерти, а до нее, во время агонии. В основе этого предложения лежит мысль, что, извлекая плод во время агонии матери, можно скорее получить его живым, чем после смерти матери. Осуществление этой операции на практике должно быть обставлено рядом условий: 1) неизбежность близкой смерти беременной должна быть несомненна; 2) плод в момент операции должен быть жив и жизнеспособен; 3) операцию надо производить с соблюдением всех правил, какие требуется выполнять при кесарском сечении на живых; наконец 4) нужно иметь на нее согласие, если не самой больной, то ее ближайших родственников, которым должно быть точно выяснено положение дела (*В. С. Груздев*).

В нашем случае беременность была около 7 месяцев, так, что теоретически плод мог быть жизнеспособен. Больная умирала на глазах. Во время агонии нам и мысль не приходила делать кесарское сечение, потому что мы боролись с острым обескровливанием, а при острой анемии борьба ведется до последней минуты, и лишь с последним вздохом умирающей гаснет последний луч надежды на спасение жизни больной. Мы сделали кесарское сечение немедленно после смерти и получили мертвый плод. Операция произведена, как всегда в таких случаях, по классическому способу, быстро — и тем не менее плод оказался мертвым. Почему? Очевидно, уже во время агонии матери наступили тяжкие изменения в плацентарном

кровообращении, и хрупкая жизнь недоноска угасла раньше последнего вдоха матери. Мы тщательно зашили матку и брюшные стенки, как того требует закон.

Интерес случая. Беременная (около 7 месяцев) женщина доставлена в крайней степени обескровливания, без пульса и сознания. Обнаружена рваная рана преддверья влагалища. Немедленно наложены швы. Но было уже поздно. Кровопотеря была слишком велика. Больная тут же скончалась. Кесарское сечение на мертвой. Мертвый плод.

Случай 6-й.

М. В. 35 лет (№ приемного журнала 10368), доставлена скорой помощью из одного из родильных приютов 29 июня 1926 г. в 20 час. 50 мин. в тяжелом состоянии. Предварительное телефонное сообщение гласило, что доставляется роженица с сильным кровотечением, в бессознательном состоянии. В ожидании прибытия больной, операционная приготовлена для любой акушерской операции, приготовлено все необходимое для вливаний, вприскиваний сердечных редств и проч.

Больная принесена в отделение на носилках, быстро раздета; приступлено к осмотру: перед нами лежала крайне бледная, апатичная, не реагирующая на окружающее, женщина; живот ее увеличен соответственно доношенной беременности. Пульс еле ощутим, редкий, 58 ударов в минуту. Из половых путей струится кровь, заливающаяся бедра.

Путем расспроса удалось выяснить, что она беременна 8 раз, что было 6 нормальных родов и 1 выкидыш; заболела она утром того же дня внезапно сильной болью в животе, после чего началось кровотечение. Кровотечение возобновлялось несколько раз, выходили сгустки. Несколько раз была тошнота и рвота. Больная жалуется на крайнюю слабость, головную боль и боль по всему животу; уверяет, что родовых схваток нет.

Состояние больной грозное, помощь нужна немедленная но прежде чем предпринять что-либо, нужно поставить диагноз, хотя бы предварительный.

Что можно предположить?

1. Предлежание детского места, может быть полное.
2. Преждевременное отделение детского места. Лишь детальное исследование, наружное и внутреннее, может решить вопрос.

Вы правы: эти два диагноза напрашиваются сами собою. Приступим к исследованию: живот большой, овоидной формы, дно матки на 3 пальца ниже пупка. Матка сокращена, она необыкновенно напряжена; в течение нескольких минут, пока мы исследуем, не расслабляется. Контуры ее не вполне равномерны: справа близ дна ощущается выпячивание. На ощупывание матки больная реагирует, жалуясь на болезненность исследования.

Благодаря длительному напряжению матки мы не можем определить положения плода, части его не прощупываются.

Пока я мою руки, я прошу своих сотрудников выслушать сердечные тоны плода; несмотря на тщательные поиски 3 врачами сердечные тоны нигде не прослушиваются.

Тем временем больная выбрита, наружные части смазаны йодом, я приступаю к внутреннему исследованию: наружные половые органы нормальны, слизистые бледны, из влагалища обильные кроваvistые выделения. Шейка сглажена, зев открыт на 3¹/₂ поперечных пальца, края его умеренно толстые; пузырь цел, выпячен, необычайно и длительно напряжен. В пределах зева нигде послеродовой ткани нет. Из-за напряжения пузыря предлежащая часть не определяется. Мыс не достижим (21 час 15 мин.).

Не скрою: я тут же приступил к активному пособию; мы же с вами остановимся несколько на обсуждении случая.

Нет, это не *placenta praevia*: при зеве, открытом на $3\frac{1}{2}$ пальца, можно было бы прощупать плацентарную ткань, даже при краевом прикреплении, не говоря уже о боковом. Плаценты в пределах зева нет, предлежание послёда исключается.

1. Не исключено низкое прикрепление детского места.
2. Тяжесть случая и данные наружного исследования определенно говорят за преждевременное отделение нормально расположенного детского места.

Действительно общая картина болезни слишком тяжела, чтобы можно было успокоиться на таком скромном диагнозе, как низкое прикрепление послёда. Последнее есть лишь как бы ослабленная форма *placentae praeviae*, и вряд ли сможет дать такую грозную и вместе с тем сложную клиническую картину, какую мы видим у нашей больной. Тяжкая анемия, состояние, близкое к коллапсу, сильные боли в животе, боли постоянные, не схватками, длительно напряженная, болезненная матка, невозможность прощупать части плода, отсутствие сердечных тонов, выпячивание близ дна матки, и, что весьма важно, необычайно длительное напряжение плодного пузыря без видимых родовых болей. Все это типично для преждевременного отделения нормально расположенного детского места! Редкое, страшное осложнение родов. Проходит год акушерской работы — и нет подобного случая, как вдруг доставят роженицу, как наша, и приходится вспомнить эту грозную патологию.

Я сказал, что преждевременное отделение (остановимся для краткости на этом названии) — осложнение редкое. Действительно, оно встречается по статистике *Fleetwood Churchill* в 0,13% всех родов, по *Kraul*'ю, *Herzfeld*'у — в 0,18%. Я в свое время собрал сборную статистику: на 568736 родов — 0,12%. Материал родовспомогательного заведения и Обуховской больницы дал на 48587 родов всего 86 случаев преждевременного отделения, что составляет 0,17%. Далее заметьте, что большинство больных повторнородящие: в моем материале было 11 первородящих и 75 повторнородящих. Наша больная тоже многородящая, у нее было 6 родов и 1 выкидыш. Далее, нашей больной 35 лет. Собранный мною материал также указывает на преобладание больных в возрасте старше 30 лет: до 20 лет было всего 6 больных, от 21 до 30 — 36 больных, от 31 до 30 лет уже 40 больных (46,4%), старше 40 всего 4. Время заболевания также характерно: наша больная заболела, повидимому в начале родового акта при срочных родах: в моем материале около половины всех случаев относится к последнему месяцу беременности и к срочным родам. До начала болей преждевременное отделение произошло 28 раз, в периоде раскрытия 47 раз, в периоде изгнания 12 раз. Таким образом, мы видим, что больше половины всех случаев падает на первый период родов; значительно менее часто заболевание начинается до начала родовой деятельности, всего же реже оно наступает после излития околоплодных вод.

В чем же суть этой грозной патологии? Название характеризует его, как отделение послёда преждевременное. Если при предлежании детского места отделение его есть неминуемое следствие родовой деятельности, то при послёде, расположенном на нормальном месте, дело обстоит иначе.

Детское место обычно расположено в верхних отделах маточной полости, выше подлежащего в родах растяжению нижнего сегмента. Во время периодов раскрытия и изгнания детское место не отделяется от подлежащей стенки матки, потому что чем сильнее сокращение полого мускула, тем выше внутриматочное давление, с тем большей силой послед прижимается

к площади своего прикрепления. Когда во время родовой деятельности полый мускул сокращается и происходит ретракция маточных стенок, детское место, благодаря своему рыхлому, губчатому строению, следует за уменьшением площади своего прикрепления. Во время схватки оно поэтому съезживается и сильнее выдается в полость матки, но нарушения связи с площадью прикрепления не происходит. Повидимому плацентарное место в первые 2 периода родов ретрагируется гораздо меньше, чем остальная мускулатура полого мускула. И действительно на знаменитых распилах женщин, погибших в периодах открытия или изгнания, видно, что маточная мускулатура на том месте, где сидит послед, гораздо тоньше и менее ретрагирована, чем в других отделах тела матки. При преждевременном отделении детского места, где-либо на протяжении плацентарного места, происходит вначале незначительное разведение ткани в области *deciduae serotinae*; здесь происходит нарушение целостности маточно-плацентарных сосудов с последующим кровоизлиянием.

Как бы ни было ограничено кровоизлияние и в каких бы отделах послета оно ни происходило (в центре его или ближе к периферии), кровь, образующая эту маленькую гематому, всегда будет находиться под известным давлением, в силу которого она будет оттеснять окружающие ее ткани. Неминуемо близлежащие маточно-плацентарные сосуды будут травмироваться, неминуемо произойдет разрыв все большего числа децидуальных сосудов, из которых в свою очередь будет истекать кровь, присоединяясь к уже существующей гематоме. Понятно, что такая ретроплацентарная гематома будет постепенно, то более, то менее быстро нарастать, располагаясь между детским местом и площадью его прикрепления. Пла-

цента в это время резко выдается в полость матки и как бы сидит на гематоме (рис. 10); с другой стороны, и маточная стенка, уступая повышенному давлению, выпирает наружу и образует эластическую выпуклость. Если прикрепление периферических отделов послета к матке прочно и оказывает достаточное сопротивление нарастающей гематоме, то кровоизлияние остается как бы заключенным в ретроплацентарной полости, и кровотечение будет чисто внутренним. Послед горою выстоит в полость матки и низдавливает плодное яйцо книзу, плод давно погиб от асфиксии вследствие недостаточности или полного прекращения плацентарного кровообращения. Место прикрепления послета растянуто, бугром выпячивается в брюшную полость; растяжение может быть настолько сильным, что серозный покров матки не выдержит его и даст трещины или разрывы (*fissura uteri peritonealis, ruptura uteri incompleta externa*). Эти случаи, случаи преждевременного отделения детского места с чисто внутренним кровотечением, наиболее грозные; они дают необычайно тяжелую клиническую картину: острейшее малокровие, коллапс, ужасающие боли, вздутие и напряжение живота. В смысле распознавания они, как мы увидим на одном из наших случаев, представляют наибольшие трудности. Они могут симулировать разрыв матки, разрыв плодместилища при внематочной



Рис. 10.

Рис. 11.

Рис. 10. Преждевременное отделение детского места. Распил Winter'a.

Рис. 11. Преждевременное отделение детского места (по Pinard и Varnier).

беременности, внутреннее кровотечение из наружного варикса матки, разрыв внутрибрюшного гнойника, перекручивание кисты, острый перитифлит в родах, острое многоводие и проч.

В других случаях жидкой части гематомы удается отслоить и периферические отделы плацентарной ткани, достигнуть плодных оболочек, и здесь, под давлением постоянно действующей на нее *vis-a-tergo*, проложить себе путь между маточной стенкой и плодным яйцом к нижнему отделу матки, к внутреннему зеву ее (рис. 11). В тот момент, когда кровь достигнет последнего, сразу появляется наружное кровотечение или, точнее, к внутреннему кровотоку присоединяется наружное. С одной стороны, благодаря наружному кровотечению понижается давление в полости матки и уничтожается столь опасное перерастяжение ее, с другой же, именно понижение внутриматочного давления дает возможность новым порциям крови излиться в ретроплацентарную полость, чем ухудшается положение дела.

Повидимому именно в таком виде нам следует представить себе наш случай. В день поступления в клинику утром начались роды, в полдень, в начале периода раскрытия, по неизвестной причине началось преждевременное отделение детского места. Роженица заболела внезапно острыми болями в животе, быстро стала нарастать ретроплацентарная гематома при тяжелых клинических явлениях. Спустя несколько часов кровь добралась до периферии плаценты, жидкая часть кровоизлияния проложила себе путь между стенкой матки и оболочками до внутреннего зева, и началось сильное наружное кровотечение. В этом положении больная доставлена в клинику, и при исследовании мы нашли классическую картину преждевременного отделения детского места: состояние больной, близкое к коллапсу, острую анемию, сильнейшие боли в животе, напряженную, твердую, резко болезненную матку, выпячивание на ограниченном месте, невозможность прощупать части плода, отсутствие сердечных тонов, а при внутреннем исследовании в достаточно открытом зеве — отсутствие где-либо плацентарной ткани, необычайно длительное напряжение пузыря.

И вот, исследуя роженицу через влагалище, я тут же должен был решиться на то или иное вмешательство.

Что мне нужно было делать?

1. Тут же разорвать пузырь, сделать поворот на ножку и извлечь плод.
2. Разорвать пузырь, и в случае головного предлежания, извлечь плод щипцами.
3. Разорвать пузырь и перфорировать головку (ведь плод мертв).
4. Ограничиться разрывом пузыря.
5. Тяжелое состояние больной требует немедленного родоразрешения. Лучше закончить роды с помощью влагалищного кесарского сечения.

Я полагаю, нет осложнения родов, требующего большей индивидуализации в каждом отдельном случае, как преждевременное отделение детского места. Кажется нет акушерской операции, которая бы ни применялась при этом осложнении. Предложены и проделаны уже все акушерские вмешательства — от простого разрыва пузыря до классического кесарского сечения и тотальной экстирпации матки включительно.

В дальнейших беседах вы увидите ряд тяжелых вмешательств, примененных при этой патологии. И вы сами предлагаете различные пособия для нашего случая.

Сомнения нет: терапия при преждевременном отделении должна стремиться к возможно быстрому родоразрешению. Лишь немедленное окончание родов может спасти плод от неминуемой гибели, если он еще жив.

К сожалению, в тяжелых случаях приходится вмешиваться в момент, когда плод уже погиб от асфиксии. И тем не менее надо роды закончить, потому что лишь немедленное родоразрешение может спасти мать от надвигающейся катастрофы. Лишь опорожнение матки даст ей возможность сократиться и остановить кровотечение. Из этого следует, что терапия должна строго сообразоваться с особенностями случая. Если например заболевание разразится еще до начала родов, среди полного здоровья у первобеременной, поразит ее как гром с безоблачного неба, то в виду полной неподготовленности родовых путей операцией выбора будет брюшноточечное кесарское сечение. Если к тому же во время операции будут обнаружены тяжкие изменения в стенках матки (надрывы, кровоизлияния), то придется прибегнуть к тотальной экстирпации. Если преждевременное отделение произойдет в первом периоде родов при мало открытом зеве, то будут конкурировать и поворот по Braxton-Hicks'у, и влагалищное кесарское сечение, и метрейриз и accouchement forcée. При полном открытии зева и опустившейся головке вступят в свои права щипцы, при высокостоящей подвижной головке — поворот и извлечение. Все дело в строгой индивидуализации, в оценке особенностей случая. Притом считаю, что, кроме стремления возможно быстро окончить роды, мы должны придерживаться принципа применения возможно меньшего вмешательства, если только это не пойдет в ущерб матери или плоду.

Подходя к нашему случаю с точки зрения изложенных принципов, мы рассуждаем так: ввиду значительного открытия зева и подготовленности родовых путей у многорожавшей нет оснований прибегать к родоразрешению per abdomen. Клинические явления со стороны матки не настолько грозны, чтобы могла явиться мысль о необходимости ее экстирпировать. Роды можно и нужно закончить через естественные родовые пути. Открытие неполное, но все же значительное, края податливые. Можно вполне обойтись без кровавого их рассечения. Нет необходимости прибегать к влагалищному кесарскому сечению или к hysterostomatia. Во время внутреннего исследования, раздвигая введенные в зев 2 пальца, мы видим, как легко зев открывается больше и больше; спустя минуту-две открытие уже равняется 4 с лишним поперечным пальцам.

Рвать пузырь или нет? Кстати скажу, что вопрос о разрыве плодного пузыря при преждевременном отделении нормально расположенного детского места уже давно возбуждал много споров и, надо сознаться, по сей день окончательно не решен. Уже *Mauriceau* и *Louise Bourgeois* настаивали на раннем разрыве плодных оболочек: „il faut toujours rompre les membranes des eaux de l'enfant le plus tôt qu'on le peut faire“ (*Mauriceau*). С другой стороны, *Beaudelocque* считает разрыв оболочек крайне опасным: „la rupture des membranes est pernicieuse dans les hémorragies internes“.

Целый ряд видных авторов решительно высказываются против раннего разрыва пузыря (кровотечение ex vaso) и советуют разрывать оболочки как можно позже. Они считают разрыв пузыря нерациональным, потому что понижение внутриматочного давления и уменьшение сопротивления со стороны яйца может или вызвать новое кровотечение или усилить уже существующее. С другой стороны, горячими защитниками разрыва плодных оболочек являются у нас *Крассовский* и *Феноменов*. В настоящее время, с развитием оперативного акушерства, стародавний спор этот потерял свою остроту. Действительно, при малом открытии зева, при неподготовленных родовых путях, разве кому-либо придет в голову мысль проколоть оболочки и со стоическим спокойствием смотреть на грозно развертывающуюся клиническую картину?

Вы поспешите прибегнуть к тому или иному оперативному вмешательству, родоразрешающему, спасающему жизнь матери путем остановки

кровотечения. С другой стороны, ведь разрыв плодных оболочек часто необходим не как самодовлеющее пособие, а как вспомогательный, вступительный акт для другой операции: он необходим для внутреннего поворота, он необходим для введения метрейринтера. Во всяком случае мрачные последствия разрыва пузыря при преждевременном отделении если не вовсе фантазия, то в значительной мере преувеличены. В новейшее время авторы относятся к нему одобрительно. Так *Stöckel* говорит: „Das Sprengen der Blase wirkt durch Spannungsausgleich stets günstig“.

В нашем случае разрыв плодного пузыря конечно никакой опасности не представлял. При открытии зева, достигшем уже 4—4½ пальцев у многорожавшей, всегда есть полная возможность закончить роды в кратчайший срок.

Я разорвал пузырь (21 час. 15 мин.). Признаться, присутствовавшие на операции врачи не сомневались, что я тут же войду всей рукой в матку и сделаю поворот на ножку. Я решил иначе: вслед за разрывом пузыря и истечением вод предлежавшая головка вставилась во вход таза. Я вынес впечатление, что роды закончатся быстро, и решил выждать. К чему прибегать к более крупному вмешательству, если можно обойтись меньшим? Понаблюдаем за роженицей: если наружное кровотечение будет продолжаться, или если явления анемии будут нарастать, что укажет на усиление внутреннего кровотечения, мы сможем в любой момент закончить роды при живом плоде щипцами, при мертвом плоде перфорацией и краниоклазией. Мы решили выждать. Роженица несколько оправилась от коллапса, пульс 72, несколько полнее, напряжение матки после отхождения вод уменьшилось, и не стало бывших до того сильных болей. А схватки? Их нельзя определить в силу длительного напряжения матки. Я решил впрыснуть препарат гипофиза с целью вызвать физиологические родовые боли.

В 21 час 20 мин. сделано подкожное впрыскивание 1 см³ pituglandol'я. Через 10 минут начались схватки. Повторяю, при малейшем ухудшении общего состояния роженицы или усилении местных явлений — мы бы сделали краниотомию и извлекли бы перфорированного младенца краниокластом. Ведь он был мертв. Пока мы обсуждали этот вопрос, начались потуги, и вскоре родился плод, женского пола, мертвый, весом в 3000 г (23 часа). Кровотечение весьма умеренное, кровь темная, несвежая: ясно, что эта кровь не истекает из сосудов, а есть жидкая часть гематомы. Через 15 минут вышел послед вместе с огромными кровяными сгустками. Кровотечения алой кровью не было.

Матка немедленно сократилась, на живот положен мешок со льдом, под кожу впрыснут эрготин, 5 см³ камфоры.

Самочувствие роженицы значительно лучше. Наполнение пульса вполне удовлетворительное.

Послеродовой период прошел гладко. Явления анемии в конце 1-й недели прошли (обильное питье, теплые физиологические клизмы). Температура не повышалась. На 2-й день после родов роженица выписалась здоровой.

Какова же этиология преждевременного отделения детского места в данном случае?

Об этиологии обсуждаемого заболевания вообще мы побеседуем другой раз, здесь же скажу, что никакой травмы в родах не было. Исследование мочи в послеродовом периоде обнаружило значительные изменения в почках: белок, обилие лейкоцитов. Мы ставим осложнение в родах в прямую связь с заболеванием почек. Остановимся еще на последе.

Плацента представляет значительные изменения. Вес последа 500 г. Две трети детского места, по удалении сгустков, представляются сильно уплощенными, темно-красного цвета, пропитаны кровоизлияниями. Реконструировав плодное яйцо, мы видим, что плацента располагается в верхнем отделе его, центр и верхний отдел плаценты предста-

вляют обширное вдавление, нижняя треть ее нормальна. Мы собрали сгустки, составлявшие ретроплацентарную гематому, и взвесили их: гематома весила 900 г. Не забудьте, что сюда вошла лишь свернувшаяся часть кровоизлияния, а сколько вылилось жидкой крови (рис. 12).

Как типичен послед! Известно, что при выключении половины поверхности плаценты плод погибает от асфиксии, при отслоении одной трети поверхности плод находится в смертельной опасности и лишь немедленное родоразрешение может его спасти. Здесь были отслоены $\frac{2}{3}$ плаценты! Гибель плода была предрешена: одна треть плаценты не может обеспечить жизнь плода. Кроме величины плоскости отслойки плаценты большое значение имеет и быстрота отделения ее. Вполне понятно, что при медленном и постепенном отделении плод может приспособиться к недостаточной дыхательной функции послета и удовлетворяться викарирующей деятельностью неотделенных отделов его. При быстрой же отслойке он должен погибнуть немедленно.

Судьба ребенка зависит также и от момента, в который совершается катастрофа. Если отделение послета происходит во время беременности, то плод почти всегда погибает, при отслойке в периоде раскрытия предсказание для плода очень плохое, при отделении послета в периоде изгнания шансов на спасение гораздо больше, потому что есть надежда, что роды в скором времени кончатся или произвольно, или помощью искусства. На 87 случаев моего материала приходится 90 детей. Из них родились мертвыми или умерли вскоре после родов 74—82,2%. Родились живыми 16—17,7%.

В литературе имеются многочисленные указания на высокую смертность детей: у *Herzfeld'a*—78%, у *Steffens'a*—81,4%, у *Zweifel'я*—80%, у *Barchet'a*—77,8%, у *Lieven'a*—56%, у *Frankl'я*—62% и *Pankow'a*—76%.

Интересно, что в случаях, когда заболевание началось до начала родовой деятельности, все 27 плодов погибли—100% смертности.

В случаях, где отделение послета произошло в периоде раскрытия, исход для плодов уже несколько лучше: 42 мертвых и 7 живых детей (85,7% смертности). Наиболее благоприятным был исход для плодов в случаях, в которых отделение послета случилось в периоде изгнания: 5 мертвых и 9 живых детей (35,7% смертности).

Интерес случая. Доставлена в тяжелом состоянии, с сильным кровотечением многорожавшая. Данные наружного исследования и отсутствие предлежания послета заставили остановиться на диагнозе преждевременного отделения нормально расположенного детского места. Плод мертвый. В виду значительного раскрытия зева разорван пузырь, с тем, чтобы, если роды не завершатся в ближайшее время, приступить

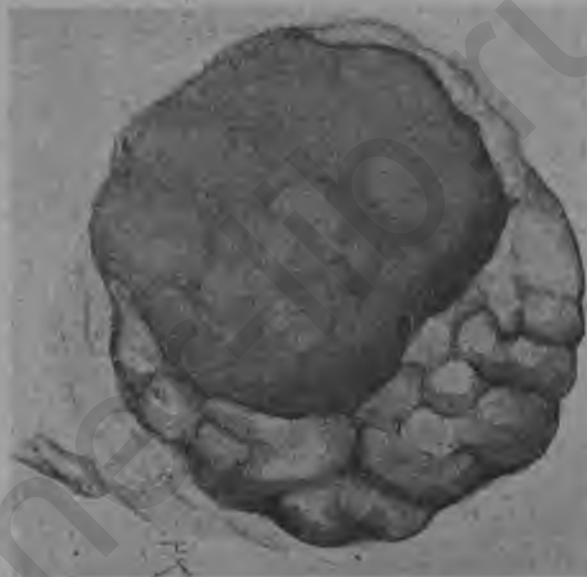


Рис. 12. Большая часть плаценты была отслоена. На темном участке сидела гематома весом в 900 г.

к краниотомии. После впрыскивания pituglandol'я вскоре родился плод (мертвый). Послед типичен для преждевременного отделения; $\frac{2}{3}$ плаценты сдавлены и истончены. Ретроплацентарная гематома весит 900 г.

Исход для матери хороший.

Случай 7-й.

Т. К., 23 лет (№ приемного журнала 1417), поступила в родовспомогательное заведение 7 апреля 1911 г. в 21 ч. 50 мин. с кровотечением. Роды вторые. Первые роды без особенностей. Последние регулы 2 сентября 1910 г.; в течение беременности были головные боли и слабость. Движение плода стало ощущать 6 февраля 1911 года.

7 апреля в 20 ч. 50 мин. начались родовые схватки, вскоре появились кровавистые выделения, перешедшие в кровотечение. Несколько раз была рвота.

Через час после начала болей роженица была доставлена в родильный дом.

При поступлении: общее состояние роженицы тяжелое. Кожа и видимые слизистые оболочки бледны. Зрачки вяло реагируют на свет. На вопросы отвечает вяло; сопорозное состояние. Т.—36,5. Пульс 80, ровный, но слабого наполнения. Живот не вздут, увеличен соответственно 7—8-месячной беременности. Дно матки на 3 п. выше пупка. Матка овоидной формы, плотна, вне схваток почти не расслабляется. Схватки очень слабы. Положение плода продольное, определить части его почти невозможно. Сердцебиение плода не выслушивается. Таз нормальный. Кровотечение незначительное.

Каков может быть предварительный диагноз?

1. Предлежание последа, вероятно краевое.
2. Есть указание на внутреннее кровотечение. Надо предположить преждевременное отделение детского места.

Высказывая предположение о краевом предлежании последа, вы вероятно учитываете незначительное кровотечение, начавшееся в периоде раскрытия. Но вряд ли вы будете настаивать на своем диагнозе, если вы внимательно посмотрите на роженицу. Ярко выражены общие явления: тут и сопорозное состояние, слишком резкое малокровие, не соответствующее незначительному кровотечению из родовых путей, рвота—скорее можно было бы подумать о разрыве матки, но тут разрыв матки столь мало вероятен, что вы и не решаетесь высказать о нем предположения. Роды преждевременные, родовой акт продолжается всего час, не было бурной родовой деятельности, нет и не может быть несоответствия между тазом и плодом, воды целы. Все говорит против разрыва матки! Но все говорит за внутреннее кровотечение. Ваша мысль волей-неволей направляется в сторону преждевременного отделения последа. Поспешим сделать внутреннее исследование:

Кровотечение незначительное. Шейка сглажена, зев открыт на $2\frac{1}{2}$ пальца, края его толстоваты. Пузырь цел, сильно напряжен, не расслабляется. Все же в нем определяется головка, небольшая, подвижная. Насколько хватает пальца, нигде плацентарной ткани определить не удается.

И данные внутреннего исследования с определенностью говорят за преждевременное отделение детского места: предлежания последа нет, плодный пузырь чрезвычайно и притом длительно напряжен. Ясно, что внутриматочное давление чрезвычайно повышено; мы больше не сомневаемся в наличии внутреннего кровотечения вследствие преждевременной отслойки последа.

Чем же могло быть вызвано в данном случае преждевременное отделение? Какова вообще этиология этого грозного заболевания?

Единой этиологии нет, она крайне разнообразна. В то время, как прежде этиологическим моментом считали механические влияния, прямые или косвенные травмы, в настоящее время мы знаем, что вопрос гораздо сложнее. Удалось выяснить ряд важных этиологических факторов, и все-таки остается некоторое число случаев преждевременного отделения, в которых указать этиологию не представляется возможным. Наиболее понятны травматические влияния. Прямая травма, направленная на беременную матку, может нарушить целостность маточно-плацентарных сосудов, образовавшаяся хотя бы маленькая гематома будет нарастать, как снежный ком — в результате классическая картина преждевременного отделения. Какие только травмы не отмечены в этиологии этой болезни: падения, удары, резкие движения, прыжки, сильный кашель, рвота, дефекация, поднятие тяжести, удары по животу, удар животом, половое сношение, понос со рвотой и т. д. К подобным сообщениям надо отнести весьма сдержанно. Ведь известно, что иногда беременные подвергаются жестоким травмам без каких-либо последствий для беременности. Известен случай падения беременной женщины с 6-го этажа (*Tillaux*): несмотря на многочисленные ушибы больная доносила свою беременность до срока. Иногда травма играет роль не самодовлеющего фактора, а лишь дает толчок к отслойке последа при наличии того или другого предрасположения или анатомического поражения заинтересованных органов. Кроме того не подлежит сомнению, что часто самой больной или окружающими какая-либо травма выдается за причину болезни, в то время как она если и имела место, то решительно никакой роли в происхождении болезни не играла.

Просмотрев мой материал (87 случаев), я лишь в 2 случаях нашел указание на травму, в одном из них связь травмы с заболеванием более чем сомнительна: больная накануне болезни оступилась при мытье окон. Во втором случае зависимость кровотечения от травмы не подлежит сомнению: кровотечение началось немедленно после удара ногой в живот. Важнее механические влияния другого порядка: сюда относятся короткость пуповины, абсолютная или относительная, амниотические сращения, поздний разрыв пузыря. Во всех этих случаях детское место может испытывать натяжение со стороны пуповины или оболочек. Как короткая пуповина при продвижении плода может, не разрываясь сама, как бы оторвать детское место от матки, так и при слишком плотных оболочках нижний полюс плодного яйца, опускаясь все глубже и глубже, может тянуть за собой плаценту и вести к ее отслойке.

Чисто механическими условиями могут быть объяснены те редкие случаи преждевременного отделения, в которых чрезмерно наполненная и сверх нормы растянутая матка в родах опорожняется внезапно, быстро, но лишь отчасти. Это бывает например при многоводии. В момент отхождения вод, матка, внезапно опорожненная, значительно сокращается, распластаный послед не может следовать за уменьшением площади своего прикрепления и отслаивается на большем или меньшем протяжении, чему еще способствует внезапное падение внутриматочного давления. На этом соображении основан классический совет при искусственном разрыве плодного пузыря делать в оболочках лишь небольшое отверстие и препятствовать рукой быстрому отхождению вод.

Таким же образом при двойнях, после рождения первого плода, происходит внезапное, частичное опорожнение матки: послед может отслоиться и даже выпасть до рождения второго плода. К этой же группе могут быть отнесены случаи, когда при ягодичном или ножном предлежании выходение головки запаздывает. При таких условиях может случиться, что, в то время как головка еще находится в родовом канале матери, плацентарное место уменьшится и детское место отделится, как в третьем периоде родов.

Разного рода ненормальные состояния сокращения маточной мускулатуры тоже могут вести к отделению последа. Так при механических препятствиях например при поперечном положении плода или при узком тазе, большая часть маточного содержимого изгоняется в растянутый нижний ее сегмент и шейку, полый же мускул сильно сокращается над плодом. Нет ничего удивительного, что при таких условиях детское место иногда не может следовать за сильной ретракцией маточной стенки и отслаивается. Кровотечения, сопровождающие при таких условиях отделение последа, не бывают значительными, потому что та же ретракция маточной мускулатуры, которая ведет к отделению последа, сжимает просветы сосудов и тем суживает маточноплацентарное кровяное русло.

Кроме указанных, легко понятных механических факторов, в этиологии преждевременного отделения играют роль некоторые общие болезни, могущие способствовать путем ли изменений сосудистых стенок, путем ли колебаний кровяного давления разрыву сосудов спонгиозы. Сюда относятся пороки сердца, базедова болезнь, гемофилия, скорбут, может быть и туберкулез легких и истощающие заболевания. Я сам видел смертельный случай преждевременного отделения при геморрагическом диатезе: все тело большой было покрыто точечными петехиями, на левой голени была широкая геморрагическая полоса. Больная погибла вскоре после родов от неукротимого кровотечения.

Самый важный и наиболее интересный этиологический фактор несомненно заболевание почек — нефрит и нефропатия. С тех пор как *Chautreuil* и *Winter* (1885 г.) обратили внимание на лежащий в основе преждевременной отслойки последа нефрит, наблюдения, подтверждающие высказанное ими предположение, стали опубликовываться все чаще и чаще. Исследование мочи обнаруживало альбуминурию в 60—82% всех случаев преждевременного отделения. Но в чем заключается влияние почечного заболевания?

Уже давно известен факт, что при заболевании почек наблюдаются изменения в последе. Обильные и обширные инфаркты — явление весьма частое при нефрите. Будут ли инфаркты — воспалительные продукты или исходы кровоизлияний, будут ли они продуктом коагуляционного некроза эпителия ворсинок — для нас безразлично; факт, что они ведут к глубокому нарушению физиологии плаценты. Неудивительно, что при нефрите часто наблюдается гибель плода: до 57% мертвых или нежизнеспособных детей рождаются при нефрите. Далее при нефрите всегда налицо старые и свежие кровоизлияния в последе. Эта склонность к кровотечениям при нефрите известна давно и получает самое яркое выражение в преждевременном отделении детского места. Многочисленные исследования обнаружили в самой отпадающей оболочке воспалительные изменения — стали находить при преждевременном отделении децидуальный эндометрит с некрозом клеток, тромбозами и геморрагиями. Воспалительные изменения находили не только в эндометрии, но и в поверхностных слоях мускулатуры матки мелкоклеточную инфильтрацию мышечного слоя, особенно в окружности сосудов.

Желая связать все эти разнородные факты, а также тот факт, что преждевременное отделение встречается нередко одновременно с эклампсией, при желтухе, при геморрагическом диатезе — мы должны прийти к выводу, что все перечисленные явления не что иное как последствия интоксикации: и поражение почек, и эндометрит, и разнообразные изменения детского места, так же как и эклампсия и неукротимая рвота, должны быть отнесены к явлениям токсикоза беременных. Плацента и эндометрий страдают не потому, что имеется нефрит или нефропатия, а именно в силу интоксикации страдают и почки, и плацента, и эндометрий. В силу инток-

сикации нарушается физиологическая связь между измененной плацентой и измененным эндометрием,—связь, которая уже физиологически в конце беременности становится более рыхлой. Неудивительно, что именно в случаях явного токсикоза беременных (нефрит у беременных, нефропатия, эклампсия) случается столь часто преждевременное отделение детского места. И неудивительно, что случаи преждевременного отделения при интоксикации принадлежат к самым тяжелым и дают такую высокую смертность матерей и особенно детей. Неудивительно, что женщины, дающие при повторных беременностях явления токсикоза, заболевают при каждой или почти каждой беременности преждевременным отделением детского места.

Если я в заключение рассмотрю мой материал с точки зрения этиологии, то из 87 случаев указания на этиологию я нахожу только в 32: поражение почек было 16 раз, короткость пуповины — 3 раза, многоводие — 3 раза, поперечное положение — 3 раза, травма — 2 раза, геморрагический диатез — 2 раза, двурогость матки — 1 раз, двойни — 2 раза. Вы видите токсическую этиологию в 18 случаях, механические моменты в 14 случаях.

Но вернемся к нашему случаю. Какова же этиология заболевания у нашей больной? Прямой травмы не было, каких-либо явлений интоксикации нет (анализ мочи дает нормальную картину). Мы до родоразрешения лишены возможности установить этиологию преждевременного отделения. Может быть, во время родоразрешения или после родов мы получим данные, могущие нам осветить этиологию.

В 22 часа 20 мин. — состояние больной тяжелое. Анемия прогрессирует. Наружное кровотечение незначительное. Пульс, хотя 88 уд. в минуту, но слабый и с перебоями.

Что делать?

1. Показано влагалищное кесарское сечение с последующим поворотом и извлечением.
2. Можно ограничиться поворотом по Braxton-Hicks'у.
3. Показан метрейриз с последующим поворотом на ножку и извлечением.

Вы правильно оценили случай. Плод недоношенный, женщина рожавшая. Родоразрешить ее не представится трудным. Все вы высказываетесь за поворот на ножку с последующим извлечением. Разница в предложениях заключается в способах расширения мягких родовых путей, точнее шейки: расширение шейки с помощью метрейринтера, расширение шейки с помощью самого плода после поворота, кровавое расширение путем hysterotomia. Нам нужно действовать с одной стороны быстро, с другой стороны бережно в интересах матери. Плод нас не интересует, он уже погиб. Hysterotomia связана с нанесением травм, связана с кровопотерей: неужели родовые пути подготовлены так мало, что мы не сможем родоразрешить мать и извлечь недоноска более бережным образом? Зев открыт на 2½ пальца, края его растяжимы, податливы, неужели нам нужен метрейриз? Мы разорвем пузырь, введем метрейринтер, через каких-нибудь полчаса-час он родится, и мы приступим к повороту. Так не лучше ли сразу приступит к повороту? Правда, открытие зева не позволит войти в матку всей рукой. Это и не нужно. Мы сделаем поворот по Braxton-Hicks'у, войдем в зев 2 пальцами, разорвем пузырь, низведем ножку в зев, схватки усилятся, бедро плода будет действовать как метрейринтер и податливый зев быстро откроется.

В 20 час. 30 мин. в виду угрожающих явлений внутреннего кровотечения, под легким эфирным наркозом, после тщательного обеззараживания рук и операционного поля, оператор ввел во влагалище конусообразно сложенную кисть правой руки, указательный и средний палец ввел в маточный зев, тут же легко разорвал сильно нап-

женный плодный пузырь. Вытекло значительное количество вод. Низдавливая свободной левой рукой дно матки, оператор, оттолкнув лежащую головку вправо, проник двумя пальцами высоко в полость плодного яйца, где легко нашел ножку плода, которую и захватил двумя пальцами выше лодыжек. С помощью наружной руки поворот совершился легко. Левая ножка оказалась во влагалище. Наркоз прекращен. Через несколько минут можно было установить сильную схватку. Вскоре начались потужные боли, в половой щели показалось бедро низведенной ножки и передняя ягодица. Роженица взята вторично на край кровати, в одну-две потуги родился плод, мужского пола, недоношенный, мертвый. Вслед за плодом, до перевязки пуповины, вышла послед с огромным количеством темных кровяных сгустков. Тут же впрыснут под кожу эрготин (4 см³ 10% раствора). Сделано подкожное втирание камфоры (4 см³ 20% масла).

Кровотечения нет. Матка хорошо сократилась. Большая в тяжелом состоянии оставлена под наблюдением врача и акушерки.

Продолжительность родов 2 часа 40 мин. Вес плода 2 000 г, длина его 38 см.

Послед очищен от громадных сгустков и взвешен: 250 г, размер его 10 × 11 см. Плацента вся пропитана кровью, уплощена, как бы сдавлена. Оболочки все, разрыв их боковой. Прикрепление пуповины центральное. Длина ее всего 27 см. Послеродовой период без осложнений. 16 апреля (на 7-й день после родов) роженица выписалась по настоящему требованию, не вполне оправившись.



Рис. 13. Пуповина относительно коротка вследствие обвития (по Hoehne).

Спросим себя, выяснилась ли этиология заболевания после родов? Вполне! В преждевременном отделении детского места повинна короткость пуповины! Вместо 50 — всего 27 см! Кстати скажу, что короткость пуповины следует признать одной из важных механических причин преждевременного отделения. Уже *Mauriceau* знал такое значение короткости пуповины. Он говорит: „Я часто видел, что пуповина значительно укорочена, вследствие обвития ее вокруг шеи ребенка. В таких случаях возможно, что плод, находясь как бы на привязи,

почти лишен своей нормальной подвижности и может тянуть за послед, к которому он прикреплен, отделяя его от матки“.

Мы различаем абсолютную и относительную короткость пуповины.

Пуповина называется абсолютно короткой, если длина ее меньше нормы, напр. см 30, 25, 20, 15, 10 и даже меньше. Относительную короткость пуповины мы признаем в том случае, если пуповина, будучи сама по себе нормальной длины или даже длинее нормы, обвита вокруг той или иной части плода настолько, что длина свободного ее отдела, т. е. отдела между плодом и плацентой, меньше обычной длины пуповины (рис. 13). В обоих случаях возможно, что пуповина, подвергаясь во время родов чрезмерному натяжению, или разорвется (*ruptura funiculi umbilicalis sub partu spontanea*) или же вызовет разъединение плаценты и маточной стенки, т. е. отслойку ее.

При поступательном движении плода абсолютно или относительно короткая пуповина неминуемо будет подвергаться напряжению и, хотя пуповина отличается большей растяжимостью, все же в известном числе случаев напряжение выйдет за пределы растяжимости, и тогда наступит отслойка плаценты. Несомненно такие незначительные отслойки случаются нередко и просматриваются. В редких случаях они могут дать тяжелую клиническую картину, как мы и видели в нашем случае. Существует мне-

ние, что отслойка плаценты вследствие короткости пуповины может произойти только в периоде изгнания, т. е. после отхождения вод. Наш случай показывает, что это явление может наступить и при целом пузыре. В литературе есть сообщения о подобном заболевании в начале родовой деятельности, во время беременности.

Вдумайтесь в обстановку и вы поймете, что кроме длины пуповины должно иметь значение и расположение плаценты в матке и место прикрепления к ней пуповины (центральное, краевое, плевистое).

При расположении плаценты в дне матки и центральном прикреплении пуповины требуется большая длина пуповины, чем при плаценте, сидящей где-либо в нижнем сегменте, да еще при краевом прикреплении пуповины. На мой материал (87 случаев преждевременного отделения) приходится лишь 3 случая, в которых короткости пуповины можно приписать этиологическое значение. В одном случае короткость пуповины была относительная (длина ее 52 см, двукратное обвитие вокруг шеи, сильное напряжение). В остальных двух случаях мы в праве назвать короткость пуповины абсолютной — длина пуповины в одном случае 20 см, в другом — 27 см.

Этот последний случай лег в основу настоящей беседы.

Интерес случая. Доставляется в тяжелом состоянии молодая повторнородящая. Роды преждевременные. Ярко выражены явления внутреннего кровотечения. Резкое несоответствие между незначительным наружным кровоточением и тяжестью анемии. Плод мертв. В смысле терапии выбор падает на поворот по Braxton-Hicks'у. Вскоре рождается плод, одновременно с ним выходит огромное количество темных сгустков. Этиология преждевременного отделения выясняется — абсолютная короткость пуповины — длина ее 27 см.

Случай 8-й.

Е. Т., 32 лет (№ приемного журнала 79), поступила в родовспомогательное заведение 6 января 1907 г. в 2 часа 30 мин. в родах.

Роды седьмые. Все роды нормальные. Последние роды 1 г. 2 мес. назад. Последние регулы 10 апреля 1906 г. Беременность протекала без особенностей. Родовые боли начались 5 января в 22 ч. Спусти 4 часа после начала болей роженица поступила в родильный дом.

Роженица правильного сложения, живот большой, окружность его 104 см. Брюшные стенки дряблые, кожа покрыта обилием старых рубцов беременности. Матка не вполне правильной, округлой формы, дно ее на 4 п. ниже мечевидного отростка. Мелкие части как справа, так и слева близ дна. Спинка справа, над входом в таз баллотирует головка. Сердечные тоны выслушиваются как справа, так и слева на уровне пупка и ниже его.

Не правда ли, ясный случай?

Диагноз напрашивается сам собой.

Срочные роды у многогородящей, двойни, головное предлежание первого плода.

Есть ли показания к вмешательству?

1. Никаких; надо вести роды экспектативно.
2. Надо сделать внутреннее исследование для того, чтобы убедиться в нормальном течении родов.

Идет первый период родов, воды целы. Нам известно, что имеется многоплодная беременность, что первый плод находится в головном предлежании. Сердечные тоны никаких опасений не внушают.

Что же еще надо?

Никаких показаний не только к какому бы то ни было вмешательству, но и к внутреннему исследованию нет.

Не будем исследовать через влагалище, тем более, что в дальнейшем может потребоваться то или иное вмешательство, а посему лучше сохранить родовые пути в строго асептическом состоянии.

В 3 час. 50 мин. отошли воды, головка сразу опустилась в полость таза. В 4 часа начались потуги. В 4 ч. 5 мин. родился плод, женского пола, живой.

Один взгляд на живот убеждает нас, что в матке еще плод. Матка мало уменьшилась.

По рождении первого плода при многоплодной беременности не покидайте вашей роженицы даже на 10 минут, не отходите от нее. Во-первых вам нужно получить представление о положении второго плода, во-вторых именно в этот момент могут произойти события, которые потребуют вашего вмешательства. Какие?

1. Могут отойти воды и плод может встаться неправильно.
2. При этом может выпасть пуповина.
3. Может начаться кровотечение.

Несомненно все это может случиться. Мы не знаем, когда родится второй плод, он может родиться и через четверть часа и через час, два и более. Хорошо, если второй плод находится в затылочном положении: после некоторой паузы, во время которой матка путем ретракции приспособится к значительному уменьшению своего содержимого, возобновятся родовые боли, встанется второй плодный пузырь, пройдут воды и, вследствие максимальной подготовленности родовых путей, быстро родится второй плод. Но опыт учит, что подобное идеальное течение родов двойнями встречается далеко не часто, существуют весьма многочисленные отклонения в течении родов.

Не забудьте тщательно перевязать пуповину родившегося плода. Если двойни двуяйцевые, то недосмотр в этом отношении никаких последствий за собою не повлечет. Если же двойни однойцевые, то через неперевязанную или плохо перевязанную пуповину первого плода второй плод может истечь кровью (в силу общности сосудов в плаценте). Далее, вслед за рождением первого плода внутриматочное давление сразу понижается, в силу этого может отделиться от места своего прикрепления не только плацента родившегося, но часть или даже вся плацента неродившегося плода. Появится кровотечение из родовых путей, более или менее сильное, могут появиться и признаки внутреннего кровотечения (нарастание величины матки, напряжение ее). Тут велика ответственность врача: следите за появлением кровотечения и за сердечными тонами второго плода. Будьте готовы вмешаться активно, потому что в таких случаях только немедленное извлечение второго плода может его спасти от верной гибели.

Наконец то же уменьшение объема матки вслед за рождением первого плода может повлечь за собою значительные изменения в положении и членорасположении второго плода. Если даже он был в продольном положении, он теперь может оказаться в косом, в поперечном положении, может нарушиться членорасположение: разгибательные положения головки, выпадения ручек, пуповины — не редкость у второго плода. Надо во время суметь распознать эти отклонения и принять меры к их устранению.

Итак вслед за рождением первого плода будем наблюдать за нашей роженицей.

Не прошло 3 минут (4 ч. 8 мин.) как началось сильное кровотечение. Быстро наружное исследование убеждает нас, что плод находится в поперечном положении

головка справа, ягодицы слева, повидимому спинка обращена кзади — задний вид 2 поперечного положения.

Что случилось?

1. Кровотечение может быть травматического происхождения. Повидимому во время изгнания первого плода произошел разрыв шейки. Нужно закончить роды и остановить кровотечение путем наложения швов.
2. В силу понижения внутриматочного давления произошла отслойка плаценты первого плода, а может быть и второго плода. Плоду грозит гибель. Нужно сделать поворот на ножку и немедленно извлечь плод. Вероятно вслед за этим и матка сократится.

Разрыв шейки мало вероятен. Хотя мы в настоящее время и знаем, что разрывы шейки, даже обширные, могут произойти при произвольных родах (прежде мы полагали, что они могут случиться лишь при оперативных вмешательствах), все же в данном случае предполагать травму шейки было бы натяжкой. Роженица многорожавшая, периоды раскрытия и изгнания протекали, хотя и быстро, но вполне физиологически, плод не особенно большой. Какие же мы имеем основания предполагать разрыв шейки? Гораздо вероятнее второе предположение. Изгнание первого плода совершилось быстро, полость матки внезапно уменьшилась, внезапно понизилось внутриматочное давление, плацента родившегося плода отделилась, из сосудов плацентарного места началось сильное кровотечение. Может быть отделяется уже и плацента второго плода, а если плацента общая, то участок ее, относящийся ко второму плоду. Плод в опасности, нужно его извлечь немедленно, а так как он лежит в поперечном положении, то единственный выход из создавшегося положения — внутренний поворот на ножку и немедленное извлечение. Показания, тут значит имеются как со стороны матери (кровотечение), так и со стороны плода (грозящая асфиксия). Технически предстоящая операция будет легкой: родовые пути максимально подготовлены рождением первого плода.

В 4 ч. 12 мин. операция под хлороформным наркозом. Наружные части смазаны подом, живот покрыт стерильным полотенцем, оператор левой рукой развел половые части, конусообразно сложенная рука с легкостью введена во влагалище, по свисающей из матки пуповине проникла в полость матки, левая рука положена на дно матки, пузырь разорван. Рука направилась в левую половину матки и тут сразу же нашла правую (ниже лежащую) ножку плода. Ножка захвачена всей рукой за голень и с легкостью выведена наружу. Непосредственно вслед за поворотом плод извлечен за ножку, причем освобождение ручек и выведение головки никаких трудностей не представила. Вслед за головкой из родовых путей выпал послед вместе с большими кровяными сгустками. Плод отделен от последа, несколько асфиктичен, вскоре закричал.

Плоды — две живые девочки. Вес их 2900 и 2950 г, длина их 49 и 48 см. Окружность головок 33 и 34 см. Вес последа 850 г. Пуповины витые с краевым прикреплением. Длина их 48 и 46 см. Оболочки плотные, разрыв их краевой.

Матка сократилась хорошо. Профилактически вприснут под кожу 1 см³ 10% эрготина, положен лед на живот. Родильница оставлена в родильной под наблюдением врача.

Послеродовой период прошел без осложнений. Родильница выписалась 13 января на восьмой день после родов с двумя младенцами.

Считаю долгом сказать несколько слов по вопросу о ведении родов при двойнях. Даже при физиологическом течении родов нужно учесть возможность наступления атонии матки и заранее подготовиться к борьбе с ней. Еще до рождения плодов приготовьте эрготин, камфору для подкожных впрыскиваний, согрейте физиологический раствор для вливаний

или клизм, приготовьте горячую стерильную воду для души, мешок со льдом, экстракт спорыньи, биксу со стерильной марлей и прокипятите могущий потребоваться инструментарий для тампонации матки (зеркало, пулевые, тампонатор). Лучший аппарат для прижатия аорты вам не нужно готовить, он всегда при вас — ваша рука.

Некоторые советуют при двойнях дать спорынью еще до выхода последа; полагаю, что это не безопасно. Ведите последовый период строго консервативно, не выжимайте последа до появления верных признаков совершившегося отделения (признаки Küstner'a, Ahlfeld'a, Schröder'a). Лишь кровотечение может вас заставить прибегнуть к выжиманию последа по Credé еще до отделения последа. По выхождении последа наблюдайте за маткой, она часто имеет склонность расслабляться, атонические кровотечения самое частое явление при двойнях. Если теперь и наступит атония, вы во всеоружии и начнете борьбу, применяя последовательно весь ряд манипуляций, начиная от легких до героических.

Не забывайте, атония может повториться, а посему родильница должна находиться в течение 4—5 часов под наблюдением врача или опытной акушерки.

В нашем случае атонического кровотечения по выхождении последа не было. Самый способ рождения последа был настолько характерен для преждевременного отделения его, что в правильности диагноза сомневаться не приходится. Мы во время приступили к операции, малейшее промедление повлекло бы за собою смерть плода. Мы сделали поворот, другого способа родоразрешить нашу больную не могло быть. Кстати несколько слов о способах родоразрешения при преждевременном отделении.

В одной из предыдущих бесед я уже говорил, что кажется нет акушерской операции, которая бы не применялась при этом осложнении: от простого разрыва пузыря до классического кесарского сечения и тотальной экстирпации матки включительно. В каждом отдельном случае требуется строгая индивидуализация. И нет ничего удивительного что если в прежнее время в большинстве случаев обходились метрейризм, поворотом или наложением щипцов, в настоящее время в тяжелых случаях, особенно в случаях угрожающего внутреннего кровотечения при нефрите и нефропатии, все чаще и чаще прибегают к операциям чисто хирургическим, к кесарскому сечению (влагалищному, классическому, цервикальному) и даже к тотальной экстирпации матки. И если просмотреть мой материал (87 случаев), то мы увидим 8 раз разрыв пузыря, 20 раз поворот и извлечение, 10 раз метрейриз, 13 раз наложение щипцов, 7 раз расширение шейки аппаратом Bossi или Walcher'a, 1 раз влагалищное кесарское сечение и т. д.

И если в этом материале, обнимающем период времени от 1900 по 1912 год, мы еще видим насильственное родоразрешение (accouchement forcée) с применением инструментов Bossi и Walcher'a, то в дальнейшем мне этих инструментов уже не приходилось применять. Для легких и средних по тяжести случаев остаются в силе разрыв пузыря, поворот — извлечение, наложение щипцов; расширение зева может быть достигнуто пальцевым способом, редко потребуются введение метрейринтера.

В тяжелых случаях с малоподготовленными родовыми путями — единственно рациональным методом родоразрешения будет брюшно-стеночное кесарское сечение. Но об этом другой раз.

Интерес случая. Многородящая поступает в периоде раскрытия. Определены двойни. Вслед за рождением первого плода начинается сильное кровотечение, зависящее от преждевременного отделения последа. Второй плод находится в поперечном положении. Производится поворот и извлечение второго плода. Атонии нет. Оба плода живы.

Случай 9-й.

Е. С., 23 лет (№ приемного журнала 1477), доставлена акушеркой в родовспомогательное заведение 10 апреля 1905 года в 24 часа. Поднятая в родильню на носилках, больная представляла необычайную картину: между бедрами лежал послед, от него тянулась в родовые пути пуповина.

Краткий анамнез: Никогда ничем не хворала. Роды четвертые. Все роды провела в деревне, причем двое детей умерли через несколько дней после родов. Последний раз родила 2 года тому назад, ребенок жив до сих пор. Последние регулы — 8 июля 1904 г. Беременность протекала без особенностей. Никаких кровотечений не было ни в течение беременности, ни в начале родов. Роды начались 10 апреля в 14 часов. В 23 ч., по словам роженицы, внезапно отошли воды в очень большом количестве, так что больная испугалась. Приглашенная к больной акушерка М. обнаружила лежащий между бедрами послед. Последнее обстоятельство и побудило акушерку немедленно доставить роженицу в родильный дом (10/IV, 24 ч.).

Роженица несколько анемична. Т — 37,0; пульс 84, неполный; живот увеличен соответственно доношенной беременности. Брюшные стенки дряблы, покрыты обилием старых рубцов беременности. Схватки редкие, слабые. Продольное положение плода. Предлежащая часть определяется неясно. Сердечных тонов плода нигде не слышно. Из половых частей висит на пуповине послед. Кровотечение незначительное. Небольшой отек стоп.

Неправда ли, необычайная картина? Вряд ли вы когда-либо увидите нечто подобное; но если на вашу долю выпадет такое счастье, вы вспомните нашу беседу.

Какие у вас могут быть соображения?

1. Вероятно было предлежание последа, детское место отделилось и родилось раньше плода.
2. В анамнезе нет указаний на placenta praevia. Приходится предположить, что выпал послед, расположенный нормально.

Ясно одно: послед родился раньше плода (рис. 14). Поневоле напрашивается вопрос: разве это возможно? Оказывается, что подобные случаи были известны уже давно. Первый случай выпадения последа описан еще в 1672 году *Lossius*'ом. *Osiander* предложил термин *prolapsus placentae*, название, приобретшее с тех пор права гражданства в акушерстве. Все авторы видели в выпадении последа осложнение предлежания его. И в новейших учебниках вы всегда встретите именно такое толкование. *Stöckel* в своем учебнике ограничивается кратким указанием: бывают случаи, что при центральном предлежании последа, он рождается раньше ребенка. Из старых авторов никто не представлял себе, что выпасть может и послед, первоначально расположенный на нормально месте. Лишь в середине прошлого столетия мы находим указания, что родиться раньше плода может не только предлежащий, но и нормально расположенный послед.

Hochstätter, наблюдавший такой бесспорный случай, предложил даже остроумный термин *placenta praevia accidentalis*, т. е. как бы случайное предлежание последа.

Собрав всю литературу по этому вопросу, я смог найти лишь 27 случаев выпадения последа нормально расположенного.

Вначале полагали, что выпадение нормально расположенного последа возможно лишь при недоношенных плодах. Этот взгляд оказался ошибочным: большая часть описанных случаев касается доношенных родов.

Я полагаю, что выпадением последа следует считать все те случаи, в которых нормально расположенный послед спускается в зев, во влагалище или же выходит наружу ранее плода, причем роды могут быть срочными или преждевременными; нормальное расположение последа должно

быть доказано клинически (исследование до выпадения и после него, определение плацентарного места выше нижнего сегмента рукой, введенной в матку после родов, восстановление плодного яйца по Holzapfel'ю) или же анатомически (вскрытие мертвого тела).

Я уже говорил, что выпадение последа — явление очень редкое. Для примера скажу, что на 42800 родов клиники Charité выпадение последа встречается один раз. На 45999 родов родовспомогательного заведения приходится один случай выпадения последа, случай, который я представляю вашему вниманию. В основе выпадения детского места лежит, конечно, преждевременное его отделение, и этиология последнего во многих случаях совпадает с этиологией *prolapsus placentae*. Правда, травма, короткость пуповины, повидимому, лишены этиологического значения. Зато суще-



Рис. 14. Выпадение последа.

ственное значение имеет внезапное опорожнение матки, наступающее после рождения первого плода при двойнях или же после отхождения вод при многоводии. Даже авторы, видящие первопричину выпадения последа в изменениях последа и матки, придают большое значение механическим моментам.

Повидимому непременным условием выпадения последа является неполное выполнение таза предлежащей частью. Недостаточное замыкание нижнего сегмента может быть не только при поперечном или ягодичном положениях, при двойнях, но и при черепных положениях у многородящих, у которых головка в конце беременности и в начале родов стоит высоко, подвижно над входом в таз. Почти во всех случаях послед выпадал после отхождения вод, но описаны случаи, в которых после полной отслойки детского места отслаивалась и нена-

рушенное плодное яйцо по всей периферии, после чего оно вращалось *in toto* вокруг своей оси, так что плацента, сидевшая в дне матки, оказывалась лежащей в зеве. Таким образом чаще происходит выпадение последа в силу его тяжести после отхождения вод, в исключительных случаях происходит еще до отхождения вод ротация всего плодного яйца *in toto*.
Наша больная — многородящая. Среди собранных мною 27 случаев выпадения последа лишь в одном больная была первородящая. Всем случаям общее отсутствие кровотечений во время беременности (в отличие от *placenta praevia*). Самый же процесс выпадения иногда сопровождается кровотечением, иногда нет.
Диагноз выпадения последа нетруден в случаях, когда послед выходит раньше плода из родовых путей и когда исключено предлежание его. При „неполном“ выпадении, напротив, лишь в исключительных случаях удастся поставить правильный диагноз; вся трудность конечно заключается в отличительном распознавании от предлежания последа. Такой „*descensus placentae*“ неоднократно давал повод к смешению с *placenta praevia*. Почему в нашем случае безусловно не было предлежания последа, вы увидите в дальнейшем.

Предсказание для плода всегда печально. Уже *Scanzoni* считал рождение плода живым мало вероятным. Да это и понятно: если после отслойки детского места не извлечь плода в течение нескольких минут, он гибнет от асфиксии. В большинстве случаев акушерская помощь оказывалась, когда было уже поздно. На 28 достоверных случаев моей статистики погибло 24 ребенка; исход для ребенка в одном случае неизвестен, трое детей родились живыми. Первые плоды при двойнях конечно не приняты в расчет. Смертность детей таким образом — 88,8%. Предсказание для матерей значительно лучше: из 28 матерей погибло 8. Исход для матери в одном случае неизвестен. Выздоровело 19 матерей. Смертность таким образом — 29,6%.

Итак перед нами классический случай выпадения последа.

Как быть?

1. Плод уже погиб. Кровотечение незначительное. Можно вести дело экспектативно.
2. Если только есть условия для немедленного родоразрешения, надо закончить роды.

Что плод погиб, для нас было ясно. Жизнь плода прекращается спустя несколько минут после полного отделения последа; самый продолжительный срок дает *Spiegelberg* — 10 минут. У нашей больной послед вышел еще дома в 23 часа, в родильный дом она поступила через час — плод погиб. У матери было дома сильное кровотечение, теперь оно незначительное. Но бесспорно сильное кровотечение может начаться ежесекундно. Разве возможна окончательная ретракция матки, когда в ней находится доношенный плод? Далее существует опасность инфекции со стороны обнаженной внутренней поверхности матки: вод нет; зев вероятно широко раскрыт (ведь через него вышел послед), в матке мертвый плод, сообщающийся с внешним миром своею пуповиной. Нет, мы не будем ждать, мы поспешим разрешить нашу больную и притом по возможности бережно.

Внутреннее исследование: от выпавшего последа тянется вглубь влагалища пуповина. Открытие зева почти полное; высоко над входом в таз предлежат ножки плода. Тут же выведена наружу правая ножка, и легко извлечен мертвый плод. После извлечения плода кровотечения не было, матка хорошо сократилась. Продолжительность родов — 11 часов. Плод — мертвая доношенная девочка. Вес ее 2900 г, длина 48 см, окружность головы 33 см.

Вес последа 400 г, длина пуповины 63 см, пуповина витая, прикрепление ее боковое. Оболочки плотные, место разрыва их центральное.

Последовый период осложнился явлениями тазового перитонита и психозом.

29 апреля, на 12-й день после родов, родильница взята родными домой.

Если мы теперь бросим ретроспективный взгляд на родовый акт нашей больной, то он нам представится в следующем виде. У многоплодной дома начались роды при явлениях значительного многоводия в ягодичном (или ножном) предлежании. Ни во время беременности, ни в начале родов ни разу не было кровотечения. После 9 часов родовой деятельности при полном открытии зева внезапно отошли воды в огромном количестве. В силу внезапного понижения внутриматочного давления в момент излития вод произошло полное отделение детского места, и плацента в силу своей тяжести опустилась мимо плода в нижний сегмент матки. Тут она встретила далеко не полное замыкание его ножками плода и через широко раскрытый зев выпала во влагалище, а оттуда и наружу. Сильно растянутая матка, внезапно частично опороснившаяся, не могла в достаточной степени ретрагироваться, началось сильное кровотечение из сосудов плацентарного места. Плод немедленно погиб от асфиксии. Постепенно ретракция все же про-

изошла, и к моменту поступления больной в родильный дом кровотечение было незначительное. Роды закончены извлечением плода за ножку.

Осмотр последа обнаружил центральный разрыв оболочек, другими словами: разрыв оболочек был расположен на полюсе плодного яйца, противоположном расположению плаценты. Из этого можно заключить, что в матке плацента располагалась в верхнем отделе плодовместилища, т. е. сидела в дне матки. Это последнее обстоятельство, с одной стороны, полное отсутствие кровотечения во время беременности и в периоде раскрытия, с другой, с несомненностью исключают предлежание последа. С полным правом можно поставить диагноз выпадения последа. Этиология — многоводие и внезапное отхождение околоплодных вод.

Случай 10-й.

М. Г., 39 лет (№ приемного журнала 5512) поступила в Обуховскую больницу 9 апреля 1911 г. в 7 час. 10 мин. За 2 часа до поступления была сильная рвота, после чего начались неопределенные боли в животе.

Беременность одиннадцатая. Все 10 родов протекли нормально. После родов никогда не болела. Последние роды 4 года тому назад. Последние регулы в августе 1910 г. Во время беременности бывали отеки на ногах.

При поступлении: общее состояние удовлетворительное. Больная несколько бледна. Т°—35,8. Пульс—60 ударов в минуту, напряженный. Живот увеличен соответственно 8-месячной беременности. Матка овоидной формы, длительно сокращена, напряжена. Схваток нет. Положение плода определить не удается из-за напряжения матки. Сердечные тоны плода не выслушиваются. В области голеностопных суставов небольшой отек. Сделано внутреннее исследование: выделений нет, вход во влагалище синюшный, широко зияющий. Шейка длинная, цилиндрической формы. Наружный зев приоткрыт. Канал шейки проходим для пальца до внутреннего зева.

Больная оставлена под наблюдением.

В 10 часов началось сильное кровотечение. Больная бледна, беспокоится, мечется, жалуется на головокружение, временами впадает в обморочное состояние. Пульс 88 ударов в минуту, слабый, легко сжимаемый. Матка в состоянии постоянного напряжения, консистенция ее стала тверже, она стала более шарообразной. Плод не прощупывается. Кровотечение значительно. Шейка существует, проходима для 1 пальца. Над внутренним зевом определяется напряженный плодный пузырь. Плацентарной ткани нет.

Что случилось и что предпринять?

1. Диагноз преждевременного отделения последа несомненен. Налицо картина внутреннего кровотечения, теперь присоединилось наружное кровотечение. Надо немедленно кончить роды.
2. Надо путем метрейриза добиться открытия, достаточного для введения в матку двух пальцев, после чего показан поворот по Braxton-Hicks'у.
3. Клиническая картина настолько грозная, что не допускает ни малейшего промедления. Показано классическое кесарское сечение может быть с удалением матки.
4. Терапия может быть только чисто хирургическая, но травма будет меньше при влагалищном кесарском сечении.

Обсудим сперва диагноз. Клиническая картина настолько типична, что диагноз преждевременного отделения напрашивается сам собой. Повторно-беременная около 8 месяцев заболевает внезапно, женщина, казавшаяся вполне здоровой, без видимой причины заболевает тяжело при явлениях острой боли в животе, рвоты. Уже внешний вид больной, ее бледность

указывают на внутреннее кровотечение. Предварительный диагноз преждевременного отделения подтверждается состоянием матки; она тонически сокращена, длительно напряжена, консистенция ее чрезвычайно характерна. Кроме того она бледно-розовая. Выпячивание, столь характерного для преждевременного отделения, здесь нет, но оно не обязательно; я видел много случаев преждевременного отделения без выпячивания, соответствующего месту прикрепления детского места. Плод не прощупывается, это весьма характерно, сердечных тонов не слышно — повидимому плод уже погиб, ведь вы знаете, как плод чувствителен к отслойке плаценты. Пульс слабого наполнения, весьма легко сжимаемый, это тоже указывает на обескровливание. Вместе с тем пульс редкий, но это вовсе не говорит против нашего диагноза, именно при этой болезни я много раз видел у сильно обескровленных больных хотя и малый, но редкий пульс.

Повидимому с момента заболевания до 10 часов внутреннее кровотечение продолжалось постепенно, ретроплацентарная гематома нарастала, она все более и более приближалась к периферии плаценты, пока наконец на каком-либо участке периферии плаценты не нарушилась связь края плаценты с маткой, гематома прорвалась за пределы детского места; кровь под большим давлением стала изливаться между стенкой матки и оболочками плодного яйца, отслаивая их на своем пути. В силу тяжести кровь стала стекать вниз к внутреннему зеву и, достигнув его, начала обильной струей изливаться наружу (10 час.). Наружное кровотечение появилось вторично, оно облегчило и подтвердило наш диагноз. Но положения дела оно не изменило; правда, внутриматочное давление понизилось, чрезмерное напряжение матки уменьшилось, но кровотечение из плацентарных сосудов будет продолжаться, оно даже усилится, именно вследствие понижения внутриматочного давления.

Какова этиология? Не было ни прямой травмы, ни другого какого-либо механического воздействия. Рвота в начале заболевания! Может быть это была случайная рвота и послужила лишь толчком к нарушению целостности патологически измененных сосудов в отпадающей. Правильнее на нее смотреть, как на симптом уже совершившегося отделения последа — это рефлекторная рвота, появившаяся в результате перерастяжения матки, точнее ее серозного покрова.

Родовой деятельности нет и не было. Катастрофа случилась во время беременности. Значит почва для заболевания была уже подготовлена, значит были какие-то изменения в органах, которые и повели к катастрофе. Мы не имеем никаких данных анамнеза, могущих пролить свет на этот вопрос. У нас нет анализа мочи, сейчас же нет времени им заниматься. Но мы видим отеки на ногах и предполагаем заболевание почек (нефрит или нефропатия) и имеем полное основание связать эти два момента: нефрит и преждевременное отделение последа. Сложнее вопрос о терапии. Вы предлагаете закончить роды. Это неправильно! Наша больная не в родах. Мы должны не закончить роды, а опорожнить беременную матку. Ясно, что только вслед за опорожнением матки кровотечение может остановиться. Лишь пустая матка может окончательно сократиться, ретракция мускулатуры матки, смещение мышечных волокон поведет к сжатию маточно-плацентарных сосудов.

Родовые пути не подготовлены, открытия нет. Если шейка проходима для пальца, то это не указывает на имевшую место родовую деятельность. Не забудьте: наша больная многорожавшая, а у повторно-беременных канал шейки в конце беременности всегда приоткрыт. Вы предлагаете метрейриз? Вы себе мыслите вмешательство так: мы обнажим шейку пластинчатыми зеркалами, низведем ее пулевыми; разорвав плодный пузырь, введем сигарообразно сложенный баллон Вагн'а выше внутреннего зева и наполним его

физиологическим раствором. Баллон, лежа в нижнем сегменте матки, вызовет родовые боли; вклиниваясь в шейку, он поведет к быстрому сглаживанию ее и раскрытию зева. Баллон родится, тогда можно будет сделать поворот на ножку. Помощью потягивания за ножку мы завершим открытие зева и извлечем плод, за ним выйдет послед, и роды закончатся.

С таким предложением согласиться нельзя. Слишком грозно состояние больной, чтобы можно было решиться на такое длительное вмешательство. Вы не знаете, как скоро матка ответит на метрейриз родовой деятельностью, вы не знаете, сколько потребуется времени на рождение метрейринтера.

Состояние больной требует немедленного опорожнения матки, а таковое может быть достигнуто исключительно хирургическим путем. Показано немедленное кесарское сечение, брюшностеночное или влагалищное.

Учитывая с одной стороны, тяжелое состояние больной, с другой, — широту мягких родовых путей многорожавшей, мы предпочли влагалищный путь.



Рис. 15. Разрез передней стенки влагалища при hysterotomia vaginalis.

В 10 час. 30 мин., под общим наркозом, приступлено к операции *hysterotomia vaginalis modo Dührssen-Wimm*. Больная в спинно-ягодичном положении, выбрита, наружные части смазаны йодом, ноги и живот покрыты стерильными полотняными. Вход во влагалище широко зияет, влагалище широкое, передняя стенка его нависает в виде значительного *cystocele*. Введены широкие пластинчатые зеркала, двумя парами крепких *Muzeux*'евских щипцов захвачена шейка по обе стороны средней линии и низведена. Введен сложенный метрейринтер, наполнен 350 см^3 физиологического раствора. Срединный разрез передней стенки влагалища, начиная несколько отступя от наружного отверстия уретры до наружного зева (через стенку влагалища и *septum vesicovaginale*) (рис. 15). Тупо (пальцем, обернутым марлей) отсепарирован пузырь в обе стороны и вверх до переходной складки брюшины. Отслоенный пузырь взят на подъемник, прямыми ножницами рассечена передняя стенка матки по средней линии, начиная от наружного зева вверх до переходной складки (не вскрывая ее).

Потягиванием за кишку баллона извлечен метрейринтер; *Muzeux* сняты, зеркала извлечены. Рукой вошло во влагалище и в матку. Рука оператора вошла в матку вне оболочек и нашла чрезвычайно интересную картину: в матке огромное количество сгустков и среди них свободно лежащий подвижный послед. Разорваны оболочки, легко найдена ножка плода, сделан поворот. Плод легко извлечен, вслед за плодом из родовых путей под давлением „вылетел“ послед с целым потоком кровяных сгустков. Опять введены зеркала, низведена шейка, узловыми катгутowymi швами зашит разрез матки, такими же швами зашит разрез влагалища. В пузырно-влагалищное пространство введена полоска марли. Операция была закончена, но далеко не оконченными оказались страдания больной.

Началось кровотечение!

Опять введены зеркала, опять низведена шейка: с помощью тампонатора матка туго затампонирована стерильной марлей, тугая тампонация влагалища; под кожу влито 700 см^3 физиологического раствора, под кожу 2 шприца эрготина, 5 см^3 20% камфорного масла. На живот положен пузырь со льдом.

Матка сокращалась очень плохо, — беспрерывный массаж матки.

Общее состояние роженицы тяжелое, бледность крайняя, пульс 100—112, ничтожного наполнения.

Что произошло? Что делать, если кровотечение возобновится?

1. Кровотечение атоническое. Если сейчас кровотечение остановилось, то это еще не значит, что оно не возобновится. Нужно принять все меры к сокращению матки.
2. Кровотечение может зависеть от атонии вследствие задержки кусков плаценты или оболочек. Если кровотечение возобновится, придется войти в матку и удалить куски.
3. Кровотечение из разрезов; повидимому остался незащитым сосуд, рассеченный при операции. Тугая тампонация матки и влагалища вполне надежно прекратят кровотечение.

Может ли кровотечение зависеть от ранения сосудов? Конечно может. При операции *hysterotomia anterior* неоднократно наблюдались осложнения в виде ранения пузыря при отслойке его, при рассечении матки, при зашивании маточной стенки. Наблюдалась и разрывы маточной стенки вверх от разреза, как при извлечении метрейринтера, так и в момент изгнания плода. Эти разрывы могут кровоточить, особенно если они отклоняются от средней линии в бок. В таких случаях разыскание и обкалывание кровоточащих сосудов может встретить значительные затруднения. В нашем случае мы имеем все основания исключить подобную этиологию кровотечения. Операцию делала опытная рука, во время зашивания разреза матки был тщательно осмотрен, нигде не было разрывов, нигде не было кровоточащих сосудов. Разрезы защиты узловыми швами густо. Кровь шла из полости матки. Кровотечение атоническое, это предложение находит



Рис. 16. Двойной прием Piskacek-Lajos Goth.



Рис. 17. Катетер Bozeman-Fritsch'a.

подтверждение в вялости матки, трудно поддающейся обычным мерам, направленным на ее сокращение.

На чем же основана атония матки? Вы предполагаете задержку кусков плаценты или оболочек. Действительно задержка частей плаценты есть одна из самых частых причин атонии матки. Матка старается освободиться от своего содержимого, но не имеет силы и возможности этого достичь. Если большая часть маточной мускулатуры и разовьет достаточную сократительную деятельность, то та часть ее, к которой прилегает долька плаценты, не может сократиться, тут будут зиять и кровоточить сосуды. Клинически перед нами будет картина атонического кровотечения.

Вряд ли мы можем в нашем случае заподозрить задержку частей плаценты. Опытная рука оператора была в матке, определила плацентарное место, вполне свободное от задержавшихся частей. К тому же посмотрите

послед! Он безусловно весь: типичное для преждевременного отделения уплощенное, как бы сжатое детское место, с ровной, гладкой маточной поверхностью. Нигде нет дефектов, нигде нет недостачи. Осмотрите оболочки: они все; на них нет и разветвляющихся сосудов, могущих дать указание на добавочную дольку плаценты. Приходится остановиться на диагнозе чистой атонии; атонии, стоящей в связи с основным заболеванием организма. Известно, что именно при преждевременном отделении, зависящем от токсикоза, у женщин, страдающих нефритом или нефропатией, послеродовая атония есть явление нередкое. Эта атония протекает особенно грозно.

Что же делать при атонии?

Обычно начинают с мер менее активных, мирных, переходя в случае надобности к вмешательствам все более и более серьезным и даже героическим.

Введение эрготина под кожу или межмышечно открывает собою борьбу с атонией. Рекомендуют также впрыснуть питуитрин (*pituglandol*). Одновременно с этим энергичный массаж дна матки служит механическим раздражителем ее и побуждает ее к сокращению. Массаж производят вначале длительно, по прекращении кровотечения продолжают его с интервалами. Наложенный на живот мешок со льдом поддерживает сокращение матки, являясь энергичным термическим раздражителем. Если обычный массаж матки не приводит к цели, я рекомендую применять так называемый наружный двойной прием, предложенный *Piskacek*'ом и независимо от него *Lajos Goth*'ом (1907). Техника его такова: стоя слева от родильницы, сильно разведенной левой рукой при пустом пузыре вдавливают брюшные стенки тотчас над лоном глубоко в таз, сильно сжимают нижний отдел матки между большим и указательным пальцами и приподнимают ее кверху. Пальцы приходятся на ниж-



Рис. 18. Мотбург'овское обескровливание.

ний сегмент матки, т. е. именно на тот участок, где пролегают большие сосуды матки. Затем правой рукой обхватывают тело и дно матки и круговыми движениями растирают дно до полного сокращения. Подобную манипуляцию следует по мере надобности повторять до остановки кровотечения (рис. 16).

Как *Piskacek*, так и *Lajos Goth* главное значение придают сжиманию нижнего сегмента и растиранию дна, я же полагаю, что большое значение присуще смещению матки кверху, артериальной ишемии ее, ведущей к сокращению мускулатуры.

Если кровотечение продолжается, мы переходим к мерам более активным. Горячий влагалищный душ, т. е. длительное спринцевание горячей водой (температура до 40° с прибавлением иода), считается весьма энергичной мерой против атонии. Еще действительнее душ маточный. Под руководством двух пальцев левой руки в матку вводится большой катетер *Vozeman-Fritsch*'а с обратным током (рис. 17) или длинный стеклянный

катетер, снабженный желобом для обратного тока. Катетер соединен резиновой кишкой со стеклянной кружкой Эсмарха. Следите за абсолютной асептикой всего прибора, за стерильностью воды, вводите наконечник после того, как струей воды изгнан воздух из катетера, не вводите его слишком глубоко, во избежание повреждений. Если стекающая обратно жидкость обжигает наружные части и область заднего прохода, смажьте их стерильным вазелином. В случае успеха вытекающая вода будет все менее и менее окрашиваться кровью. Прекратите душ, когда промывная вода будет стекать без примеси крови. Если придется добавлять воду в кружку, не забудьте во-время зажать кишку во избежание попадания в нее пузырьков воздуха (опасность воздушной эмболии).

В прежнее время в ряду мер против атонии матки тут стояла тампонация матки по Dührssen'у. В настоящее время следует сперва прибегать к мерам, имеющим в основе прижатие аорты.

Прижатие аорты имеет целью прекратить прилив крови к матке совершенно. Ясно, что пока к органам таза прекращен доступ крови, кровотечения быть не может. Важно, что наступающая под влиянием прижатия аорты ишемия матки действует на нее, как сильный раздражитель. Обескровленная матка начинает энергично сокращаться. Первым методом прижатия аорты было наложение жгута Momburg'a (рис. 18). Толстый резиновый жгут, наложенный вокруг талии (Taillenschlinge) и



Рис. 19. Компрессорий Rissmann'a.



Рис. 20. Прибор Sehr'a.

затянутый до исчезновения пульсации бедренной артерии, сдавливал не только аорту, но и яичниковые артерии, отходящие выше уровня наложения жгута из аорты (или почечных артерий). Метод весьма активный, весьма действительный, но и в достаточной степени жестокий. К сожалению выяснились его крупные недостатки: сдавливаются вены, мочеточники,

травматизируется кишечник. Наблюдались тяжелые сердечные явления, как при наложении, так особенно при распускании жгута, альбуминурия, тромбозы. Жгут Momburg'a в акушерстве почти всеми оставлен, но идея прижатия аорты дала благие плоды. Существует ряд приборов, построенных для прижатия аорты. Все они имеют ту особенность, что сжимают только аорту, не касаясь вен, не травмируя внутренних органов. В настоящее время в Германии наиболее употребительны компрессорий Rissmann'a (рис. 19), Aortenklemme Sehrt'a с ее модификациями (рис. 20). Способ употребления их прост и достаточно ясен из прилагаемых рисунков. *Stöckel* высказывает мнение, что прижатие аорты прибором Sehrt'a или других не должно быть *ultimum refugium*, а должно стоять первым звеном в цепи мероприятий в борьбе с атонией.

Мы не располагаем современными приборами для прижатия аорты, но и мы можем с тем же успехом прижать аорту, применяя ручной прием, пред-



Рис. 21. Ручное прижатие аорты.

ложенный *Н. Н. Schmid*'ом: станьте сбоку родильницы, сожмите правую руку в кулак, поставьте его вертикально на живот больной выше пупка и прижмите тыльной поверхностью основных фаланг аорты к позвоночнику. Прижмите ее сильно до исчезновения пульса бедренной артерии. Ваша рука скоро устанет, захватите область лучезапястного сустава вашей левой рукой, это даст вам возможность продлить прижатие аорты до 15—20 минут и дольше (рис. 21).

В настоящее время я применяю ручное прижатие аорты по *Schmid*'у в каждом случае атонии, причем сразу же после массажа матки.

Недавно я предложил еще один механический прием для борьбы с атонией. Он комбинирует двойной прием *Piskasek*'а с прижатием аорты в положении *Trendelenburg*'а (См. „Врачебная газета“, 1924 г., № 11).

Мой метод заключается в следующем: родильнице придается положение *Trendelenburg*'а; при пустом пузыре разведенной левой рукой проникают между лоном и маткой глубоко по направлению к мысу (как при двойном приеме *Piskasek*'а и *Lajos Goth*'а), затем, зажав нижний сегмент матки между большим и указательным пальцами, сильно поднимают матку кверху и, что особенно важно, этот сжатый между пальцами участок матки прижимают к поясничным позвонкам. Можно этим ограничиться или же для усиления эффекта присоединить массаж дна матки свободной правой рукой. Важно удерживать матку как можно дольше в таком положении (5—15 минут) до окончательной остановки кровотечения (рис. 22).

В этом способе получается совокупность нескольких моментов: *Trendelenburg*'ское положение способствует смещению матки кверху, благодаря чему рука легче проникает между маткой и лоном вглубь. Сжатие нижнего сегмента ведет к закрытию вытянутых в длину маточных сосудов. Прижатие этой области к позвоночнику еще более усиливает эффект обескровливания, тем более, что здесь прижимается и аорта на уровне последних

поясничных позвонков. Правда яичниковые артерии продолжают беспрепятственно доставлять матке кровь, но повидимому слишком недостаточно, чтобы не допустить обескровливания. Опыт учит, что при длительном применении этого приема матка делается твердой и кровотечение останавливается окончательно.

Если атония не уступит и прижатию аорты, то нужно решиться на тампонацию по Dührssen'у или на меры чисто хирургические.

Я уже говорил, что тампонация матки утратила свою былую славу. Я лично ее не применяю вовсе уже много лет. Но она применялась нами раньше нередко. И в обсуждаемом случае мы прибегли к ней. Если вам придется тампонировать атоническую матку, советую вам обставить опе-



Рис. 22. Мой прием остановки атонического кровотечения.

рацию абсолютно асептично. Тампонация матки — манипуляция опасная в смысле инфекции. Обнажите зев зеркалами, низведите свисающие парусом во влагалище края зева пулевыми, стерильный марлевый бинт длиной в 3—4 метра смочите в $\frac{1}{2}\%$ растворе лизоля, выжмите его стерильной рукой. Затем уже берите тампонатором конец бинта и проведите его в матку до дна. Перехватывая бинт тампонатором, вы постепенно затампонируете тело матки, затем расширенную ad maximum шейку и наконец влагалище (рис. 23, 24 и 25). Никогда не тампонируйте сухой марлей, она послужит больше дренажем, чем тампоном. Не оставляйте тампона дольше 4—6 часов. Если кровотечение продолжается сквозь тампон, вы можете его извлечь и матку перетампонировать, хотя в настоящее время повторная тампонация не пользуется признанием. Так, по мнению *Stöckel*'я, при повторной тампонации женщина теряет не только кровь, находящуюся в тампоне, но и кровь, вытекающую в новый тампон.

Вы видите, тампонация матки не пользуется больше признанием современных акушеров. Все же я счел нужным несколько остановиться на ней, но, повторяю, в огромном большинстве случаев вы обойдетесь без тампонации. В тех же исключительных по тяжести случаях атонии, в которых изложенные выше меры прижатия не помогли, не поможет и тампонация. Эти несчастные больные могут быть спасены только героической мерой—экстирпацией матки.

Правда, крайне трудно оценить показания и определить момент для экстирпации. Немудрено, что многие больные все же погибали, несмотря на экстирпацию: операция была произведена слишком поздно.

Такие печальные случаи отмечены *Engelmann'ом*, *Каннегисером* и в последнее время проф. *М. Е. Тиканадзе*. „Вся беда в том, что к этой радикальной мере мы приступаем поздно, надеясь вначале побороть кровотечение более консервативными мерами, и к тому же с самого начала мы не можем в каждом отдельном случае определить, насколько упорный характер примет кровотечение, не можем так же точно определить толерантность роженицы к кровопотерям“ (*Тиканадзе*).

Вы видите, что для борьбы с атонией предложено множество приемов, многие из них забыты, как комбинированный прием *Fritsch'a*, другие постепенно теряют приверженцев, как тампонация матки, еще другие вновь рождаются и предлагаются для испытания, как

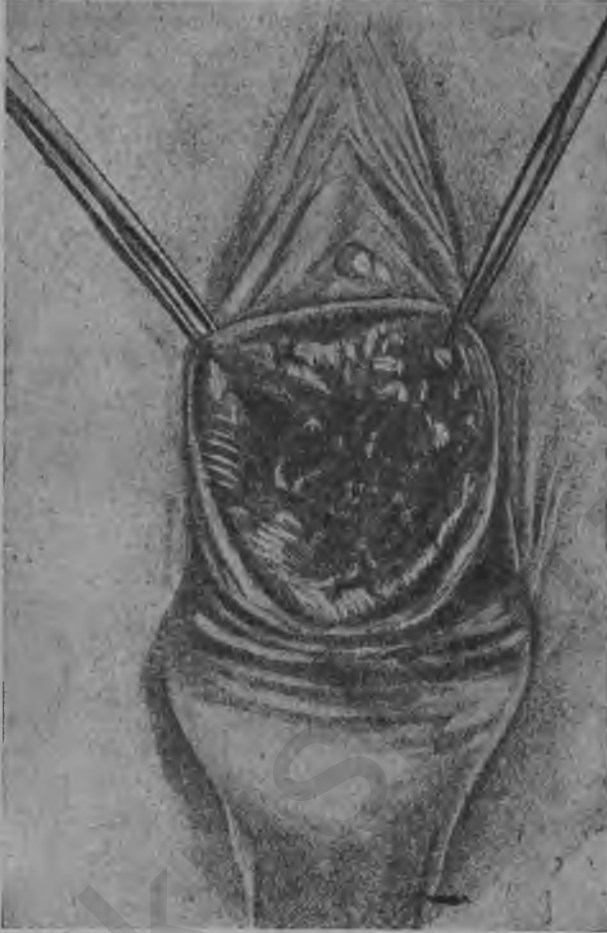


Рис. 23. Шейка, обнаженная для тампонации.

ущемление параметриев по *Henkel'ю*, впрыскивание того или другого вещества в мускулатуру матки.

Несколько слов о способе *Henkel'я*. Свою *Parametrienabklemmung Henkel* предложил еще в 1902 для быстрой остановки маточных кровотечений. *Lorenzen* находит более правильным называть этот способ *vaginale Abklemmung der Uterinae*. Техника способа такова: по опорожнении пузыря крепкими щипцами *Muzeux* захватывают обе губы зева, низводят шейку кнаружи от вульвы и с обеих сторон через боковые своды на широкие связки накладывают щипцы *Muzeux* перпендикулярно к уже наложенным щипцам таким образом, чтобы крючки задели и мускулатуру матки; закладываются защищающие от пролежней тампоны; щипцы остаются на 12—24 часа, больная

лежит спокойно со связанными ногами. Литературные отзывы об этом способе разноречивы, лично мне его применять не приходилось.

В практической вашей деятельности вы не будете применять всего огромного количества приемов или средств. Вы выберете последовательную цепь вмешательств и будете переходить от одного звена цепи к другому, и эта цепь будет приблизительно такова: эрготин (лигуитрин) — массаж матки, лед на живот, двойной прием Piskacek'a — ручное прижатие аорты по Schmid'у или мой комбинированный прием, — горячий маточный душ (в случаях, когда пришлось вводить руку в полость матки), — экстирпация матки.

Вы видите — тампонацию я упустил вовсе; ясно, что если вы будете работать в обстановке, не допускающей крупного хирургического вмешательства, вы волей-неволей прибегнете к тампонации.

В таком виде представляется мне борьба с атонией. Но если вы вышли победителем из тяжелой борьбы, не думайте, что вы можете предаться заслуженному отдыху. Атония побеждена, острая анемия осталась. Один враг побежден, осталось покорить другого. Обескровленный организм нуждается во многом: нужно больную согреть, нужно поднять деятельность сердца, нужно поднять кровяное давление.

Грелки, ауто transfузия (низкое положение головы, бинтование ног), камфора, кофеин, дигален, обильное питье, кофе, вино, коньяк, клизмы из физиологического раствора, подкожные вливания его, внутривенное вливание с адреналином, наконец как *ultimum refugium* — переливание крови.

по вернемся к нашей больной. Мы ее оставили в тяжелом состоянии после влагалищного кесарского сечения, после атонического кровотечения с затампонированной маткой (11 час.). Пульс нитевидный.

В 13 ч. 30 мин. возобновилось кровотечение сквозь тампон. Наложен жгут Mottbig'a до исчезновения пульса бедренной артерии. Наложение жгута перенесено больной хорошо. Пульс стал реже и полнее, 100 ударов в минуту. Пока лежал жгут — тампон извлечен, пропитанный кровью. Матка и влагалище перетампонированы. В шейку матки вприснуто 0,5 sol. adrenalini (1:1 000).

Прежде чем снять жгут, обе нижние конечности туго забинтованы (во избежание внезапного понижения кровяного давления), жгут снят (всего он лежал 35 минут). Впрыснута 5 см³ ol. camphorae и 1 см³ digalen. Вдыхание кислорода. Состояние больной крайне тяжелое. Бледность необычайная. Одышка. Пульс слабого наполнения, число ударов колеблется между 110 и 115 ударами в минуту. Кровотечения нет.

В 17 час. общее состояние больной грозное. Крайняя слабость и бледность. Одышка. Вливание физиологического раствора, дигален, камфора. Кислород.

В 19 час. родильница скончалась.

Патолого-анатомическое вскрытие тела обнаружило следующее (вкратце): Гипертрофия и расширение сердца. Жировое перерождение миокарда. Кровоизлияние под эндокард

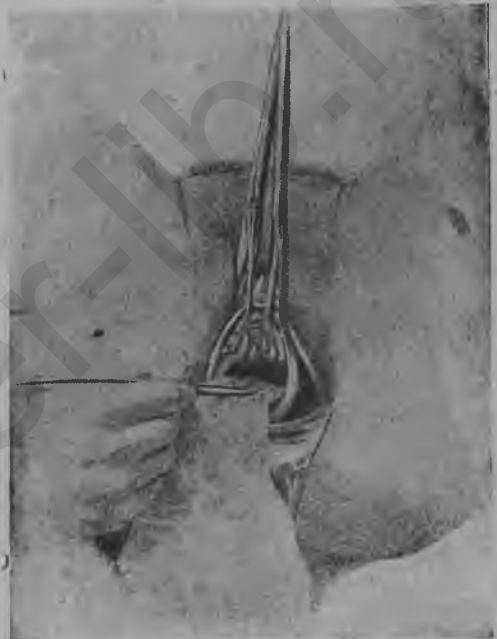


Рис. 24. Введение марли в полость матки.

левого желудочка. Эмфизема и отек легких. Анемия всех внутренних органов. Паренхиматозное и жировое перерождение печени. Рассеянный интерстициальный нефрит и т. д.

Случилась катастрофа. Врачебный ум старается проникнуть в сущность случившегося: почему умерла больная? была ли смерть неизбежна? была ли терапия безупречна? не было ли упущений?

Больная умерла от острого обескровливания. За это говорит клиническая картина, это подтверждает вскрытие. Но ведь мы не сидели сложа руки, был предпринят целый ряд вмешательств, направленных на поднятие кровяного давления и деятельности сердца. Почему же мы потерпели поражение? Взгляните на протокол вскрытия — он красноречиво говорит о тяжелых изменениях в организме: вы видите глубокие изменения в сердце, нефрит и т. д. Наша больная была не цветущая первобеременная, она была беременна 11-ый раз, ее сердечно-сосудистая система перенесла уже очень много, к тому же мы видим и токсические явления: нефрит, перерождение миокарда. — С таким потрясением, какое обрушилось на него, организм справиться не мог.

Была ли безупречна наша терапия?

Думаю, что нет. Больная поступила в 7 час. 10 мин. Операция была произведена в 10 час. 30 мин. В промежутке она была под наблюдением. Мучительно напрашивается вопрос: может быть операцию нужно было произвести немедленно по принятии, больной в больницу? Я убежден, что следовало. Далее — мы предпочли вагинальный путь. Если бы

Рис. 25. Правильная тампонация матки и влагалища.

мы предвидели такую страшную атонию, решились ли бы мы на влагалищное кесарское сечение? Нет, мы бы предпочли брюшно-стеночное кесарское сечение с экстирпацией матки.

Уверены ли мы, что спасли бы больную, оперируя ее раньше и путем *exstirpatio uteri per abdomen*? Перенесла ли бы она такое крупное вмешательство? Возможно, что мы бы спасли ее, но не исключена возможность гибели организма от операционного шока или сердечной слабости.

Вы видите, сколько мучительных вопросов и мучительных ответов! Работа врача-акушера дает ему много радости, но и много страданий!

Интерес случая: многорожавшая женщина поступает в больницу в тяжелом состоянии с явлениями внутреннего кровотечения. Беременность 8-месячная. Картина болезни типична для преждевременного отделения последа.

Вскоре к внутреннему кровотечению присоединилось наружное кровотечение. Производится влагалищное кесарское сечение. После операции

наступает тяжелая атония, с которой удается справиться наложением жгута Momburg'a. Но организм не в состоянии перенести потрясения. Наступает смерть. Вскрытие обнаруживает тяжкие изменения внутренних органов.

Случай 11-й.

К. П¹ 32 лет, доставлена в гинекологическое отделение Обуховской больницы 17 сентября 1913 года в 9 часов, в очень тяжелом состоянии.

Из анамнеза удалось узнать, что у нее было 8 нормальных родов. Последние 3 пuerперия были лихорадочными. Родила последний раз 1½ года тому назад. Времени последних регул не помнит. Беременность протекала без особенностей. Заболела внезапно накануне поступления, вечером, в 20 часов. Начались сильные боли в животе и в пояснице; вслед за болями началось кровотечение из половых путей, продолжавшееся всю ночь. За ночь больная ослабела, временами теряла сознание.

При поступлении (9 часов) больная в сознании, мертвенно бледна. Дыхание очень редкое, глубокое. Пульс не прощупывается.

Резко бросается в глаза одутловатость лица, отеки наблюдаются на ногах и руках. Из влагалища обильное кровотечение, кровь льется непрерывной темной струей. Живот большой. Матка по величине соответствует концу беременности, умеренно плотна, но не деревянной консистенции. Сокращений матки незаметно. Определить положение плода из-за напряжения матки невозможно. Сердечные тоны плода не выслушиваются.

Каков может быть диагноз?

1. Предлежание последа, вероятно, полное. Необходимо внутреннее исследование.
2. Более вероятно преждевременное отделение детского места: необходимо внутреннее исследование.

Кровотечение в конце беременности! Первая мысль, конечно — предлежание последа! Анамнез, действительно, говорит в пользу предлежания последа. У многорожавшей женщины в конце беременности без видимой причины начинается кровотечение, продолжающееся всю ночь без перерыва. Можно предположить предлежание центральное, потому что кровотечение началось до начала родовой деятельности и сразу приняло угрожающие размеры. С другой стороны, некоторые объективные данные говорят против диагноза предлежания последа: общие отеки, длительное напряжение матки, невозможность прощупать части плода. Все эти симптомы говорят скорее за преждевременное отделение, да и начало заболевания сопровождалось острыми болями в животе, что может указывать на внутреннее кровотечение и не характерно для предлежания последа.

Вы правы, необходимо внутреннее исследование, оно должно разрешить сомнения.

В 9 час. 15 мин. кровь течет непрерывной струйкой, влагалище широкое, гладко-стенное. Шейка существует, даже не укорочена, довольно ригидна; цервикальный канал пропускает палец. Пузырь цел, несколько напряжен. Высоко над входом в таз определяется подвижная головка. Слева между оболочками и стенкой матки определяется мягкое, несколько подвижное тело, по видимому, кровяной ступок. Плацентарной тканью нигде не определяется.

Теперь мы можем себе нарисовать всю картину болезни. Несмотря на заявление о полном здоровье, наша пациентка, по видимому, уже во время беременности была больной женщиной. Отеки заставляют нас подозревать

¹ Случай мною доложен Акушерско-гинекологическому обществу на заседании 19 сентября 1913 года.

заболевание почек. Интоксикация повела к глубоким изменениям в отпадающей оболочке матки. В момент заболевания произошло кровоизлияние в запоздалой отпадающей, быстро стала нарастать ретроплацентарная гематома, внутреннее кровоизлияние достигло значительных размеров (рис. 26), появились сильные боли в животе, матка стала напряженной, твердой. Через некоторое время кровоизлияние вышло за пределы детского места, кровь проложила себе путь между оболочками плодного яйца и стенкой матки, отслаивая впереди себя хорион от матки. Добравшись до внутреннего зева, стала истекать наружу, — появилось наружное кровотечение. За ночь кровотечение довело больную до состояния острой анемии — и утром мы увидели крайне обескровленную больную с наружным кровотечением, но и с признаками внутреннего кровотечения, с твердой напряженной маткой, без родовой деятельности, с уже умершим плодом. Внутреннее исследование указало, что больная не в родах, что над внутренним зевом плаценты нет и что между оболочками и стенкой матки спускаются сгустки.

Мы имеем перед собой тягчайший случай преждевременного отделения последа в конце беременности, и во весь рост встает перед нами вопрос:

Что делать для спасения больной?

1. Помощь нужна немедленная, нужно быстро опорожнить матку, показано влагалищное кесарское сечение.
2. Больная почти безнадежна, единственное вмешательство, на которое можно еще возложить надежду, — это брюшно-стеночное сечение.

Вы рассуждаете правильно: тут нет места методам опорожнения матки, требующим более или менее продолжительного времени, как напр. метрейриз. Тут приемлемы только чисто хирургические меры. Показано кесарское сечение, но какое: влагалищное — или брюшно-стеночное?

Влагалищный путь более бережный, сопряжен с меньшей травмой, но зато

он более кропотливый, требует больше времени, не столь надежен в смысле остановки кровотечения и не дает возможности осмотреть матку, которая может быть значительно изменена.

Мы предпочли брюшно-стеночное кесарское сечение.

В 9 час. 45 мин. под легким эфирным наркозом приступлено к операции, разрез по средней линии. Подожный жировой слой толстый. Разрез брюшных стенок не кровоточит вовсе. Матка выкачена через разрез, причем оказалось, что на ней имеются многочисленные подсерозные кровоизлияния. Матка рассечена по средней линии: из разреза стенок ее почти никакого кровотечения не было. Извлечен несколько недоношенный, мертвый плод (весом 2 400 г, длина 46 см). По извлечении его оказалось, что он был прижат к передней стенке матки детским местом, куполом выпячивающимся в полость матки. Детское место занимало заднюю стенку матки и сидело на огромном скоплении темных сгустков. Опорожненная матка представляла совершенно дряблый, не кровоточивший мешок, на ней во многих местах кровоизлияния, значительное кровоизлияние



Рис. 26. Преждевременное отделение детского места.

между листками левой широкой связки. В виду всего этого матка ампутирована суправагинально. Культия шейки обшита катгутowymi швами. Непрерывным швом обшиты параметрии и фиксированы придатки. Брюшная рана зашита послойно, на кожу наложены серфины. После операции состояние больной чрезвычайно грозное. Пульс не прощупывается. Смертельная бледность кожи, редкое глубокое дыхание. Немедленно сделано внутривенное вливание (1 000 см³ физиологического раствора поваренной соли с прибавлением 1 см³ питугландола). Хотя пульс и появился на время, все же общее состояние больной осталось таким же грозным и через 1½ часа после операции она скончалась.

Нам не удалось спасти больную. И опять поднимаются мучительные вопросы. Неужели нельзя было предотвратить роковой исход? Не была ли допущена какая-либо ошибка в терапии?

В момент поступления состояние больной было катастрофическим. Классическое кесарское сечение произведено немедленно; оно было единственным вмешательством, подававшим хотя бы ничтожную надежду на спасение угасавшей жизни. И если эта надежда не оправдалась, то виновато исключительно слишком позднее производство операции. Классическое кесарское сечение было произведено уже много раз при преждевременном отделении детского места, первый раз еще в начале 19-го века *Delafontène*.

С тех пор многие авторы допускают и рекомендуют брюшностеночное сечение как метод выбора в тяжелых случаях преждевременного отделения. Если в основе терапии этой патологии лежит скорейшее родоразрешение, то при неподготовленных родовых путях наиболее рациональным вмешательством будет именно кесарское сечение. В этом отношении мы вполне согласны с *Kraußem* (1927). Что мнения современных авторов расходятся видно уже из того, что одни, как *Claudio de Andrada* (Рио де Жанейро 1927), требуют немедленное чревосечение после постановки диагноза, другие, как *Gibbon Fitzgibbon* (Дублин 1926), придерживаются принципиально консервативной терапии, отвергая вовсе кесарское сечение.

Не подлежит ни малейшему сомнению, что в тяжелых случаях преждевременного отделения, особенно у первобеременных, до начала родовой деятельности или вначале периода раскрытия, при явлениях внутреннего кровотечения и угрожающем состоянии больной, единственно правильной терапией является брюшностеночное кесарское сечение.

Кесарское сечение при заведомо мертвом плоде, производимое для спасения матери! Но вот во время операции обнаруживается, что матка абсолютно атонична, что нельзя рассчитывать на какую бы то ни было ретракцию ее. Кроме того матка представляла необычайную картину. По всей ее поверхности, под серозным ее покровом, островками рассеяны кровоизлияния, придающие матке пестрый вид. На кесарском ее разрезе видно, что кровоизлияния местами проникают глубоко в самую мускулатуру. Эти *aroplexies utéro-placentaires*, как их называет *Couvelaire*, явление очень редкое. Причину их следует искать не в перерастяжении матки, а в тех глубоких изменениях, которые являются выражением общей интоксикации организма. Матка, пораженная подобными апоплектическими гнездами, несомненно представляет большую опасность и должна быть удалена. Мы решили ее ампутировать. Правда, операция вследствие этого удлинилась на несколько минут, но зато мы удалили орган, таящий в себе гибель больной. Если уже атония сама по себе нередко оправдывает удаление матки, что общепризнано (*die atonische Blutung ist die Klippe, an welcher der Untergang droht, Stöckel*), то как не удалить матку, пронизанную множественными кровоизлияниями? На удалении матки в тяжелых случаях преждевременного отделения настаивал и докладчик на Берлинском конгрессе *Zweifel*. Мы сделали операцию Pogo. Интересно, что пульс, неосязаемый до операции, во время операции появился на короткое время, после

чего наступило новое, уже неисправимое его падение. Когда я в Акушерско-гинекологическом обществе доложил обсуждаемый случай, все оппоненты, кроме одного, признали терапию правильной. И если больная все же погибла, то она погибла несмотря на быстро произведенную операцию Рого и несмотря на все принятые меры к поднятию кровяного давления.

Несколько слов об изменениях матки: при преждевременном отделении весьма часто наблюдались тяжелые атонии. Родильница *Kouver'a*, которой было сделано кесарское сечение, погибла от атонического кровотечения через 11½ часов после родов. Неоднократно приходилось удалять матку из-за атонии; так из этих показаний *Л. Л. Окинчиц* сделал операцию Рого. Более редкое явление — кровоизлияния. Чрезмерного растяжения матки в нашем случае не было. Кровоизлияние основано на глубоких изменениях сосудов, свойственных интоксикации. Преждевременное отделение есть следствие общей интоксикации организма или, по выражению французских авторов, эклампсизма. А при токсикозах беременности кровоизлияния во внутренних органах явление обычное. Вспомните печень при эклампсии!

Еще более редкое осложнение — надрывы матки. Последние уже представляют собою прямое последствие перерастяжения матки. Ошибочно было бы искать причину их в травме. Серозный покров матки, растянутый до пределов своей растяжимости, надывается на одном или нескольких местах. Образуются трещины на матке, могущие дать кровотечение в свободную полость брюшины. *Sänger* назвал это явление *fissura uteri peritonealis*, *Spiegelberg* — *ruptura uteri incompleta externa*. У нас в России классический случай описал проф. *Р. В. Купарский*.

Какой же практический вывод мы можем сделать из нашего тяжелого переживания? Беременных женщин, заболевших остро в конце беременности при явлениях внутреннего кровотечения, следует как можно раньше направлять в больницу или клинику. Тяжелые случаи преждевременного отделения послета с преобладающим внутренним кровотечением подлежат операции кесарского сечения. При атонии матки или тяжких ее изменениях показана операция Рого.

Интерес случая. Многорожавшая женщина заболевает остро при явлениях внутреннего кровотечения, к которому скоро присоединяется кровотечение наружное. Она доставляется в больницу в почти безнадежном состоянии. Немедленно производится кесарское сечение при мертвом плоде. Во время операции в стенках матки обнаруживаются множественные кровоизлияния; матка абсолютно атонична. Делается операция Рого. Но спасти больную уже нельзя. Через 1½ часа после операции она погибает.

В другом случае мы были счастливее. 10 января 1927 г. из одного из родильных домов города доставлена больная *Л. И. Р.*, 32 лет с диагнозом „внутреннее кровоизлияние“. Беременна 3-й раз. Во время второй беременности были сильные отеки ног и лица, родила 2 недели раньше срока. Беременна около 7 месяцев. Утром в день поступления заболела внезапно болями в животе. Движений плода не чувствует в течение нескольких дней. При поступлении: явления сильной анемии, отечность лица и ног, цианоз кистей рук, пульс очень малый, частый. Матка на 2 пальца выше пупка, деревянной плотности, диффузно болезненна, в дне ее справа выпячивание. Части плода не прощупываются. Сердечные тоны не выслушиваются. Выделения еле окрашены. Шейка существует, пропускает 1 палец. Ткань плаценты не прощупывается. Диагноз был ясен: преждевременное отделение детского места. Беременность 7 месяцев. Внутреннее кровотечение. Дежурный врач решил на метрейриз с тем, чтобы, добившись мало-мальского раскрытия, родоразрешить через естественные родовые пути. Под легким

эфирным наркозом шейка легко расширена до № 25. При попытке ввести метрейринтер появилось сильное кровотечение из стенки шейки. Операция прекращена. Вызванный в клинику, я высказался за немедленное производство кесарского сечения из жизненных показаний. При разрезе брюшных стенок отмечена сильная отечность подкожной клетчатки. В рану вставилась матка, беременная 7 месяцев, необычайного вида: сине-багрового цвета с обширными кровоподтеками под серозным ее покровом. В полости малого таза две ложки кровянистой жидкости. На некоторых кишечных петлях рассеянные субсерозные кровоизлияния. Кровоподтек правой широкой связки. В виду наличия такого рода тяжелых изменений решено удалить матку. Типически произведена полная экстирпация матки с оставлением придатков. Обсушка параметриев представляла некоторые трудности вследствие отека пропитывания тканей. Операция закончена типически, продолжалась 37 минут. Состояние больной после операции чрезвычайно тяжелое, пульс едва ощутим, бледность крайняя. Приняты обычные меры борьбы с острой анемией. Полученная при катетеризации пузыря моча (10 см³) резко патологична: белка 0,6%, Лейкоциты 10--15 в поле зрения, эритроциты большей частью невыщелоченные, 20—35 в поле зрения. Клетки плоского эпителия и клетки почечного эпителия в небольшом количестве. Единичные гиалиновые цилиндры, зернистые цилиндры 1—5 в поле зрения, единичные эпителиальные и восковидные цилиндры. Больная поправлялась очень медленно. Заживление брюшной раны первичным натяжением. Через 10 дней после операции: гемоглобина 34%, эритроцитов 2010 000. Лейкоцитов 17 800. Явления пиело-нефрита держались до выписки. Постродовой период осложнился небольшим параметритом. Родильница выписалась 21 февраля в вполне удовлетворительном состоянии.

Препарат чрезвычайно интересен: он представляет собою беременную 7 месяцев матку. Наружная поверхность ее пестрая, вследствие обширных субсерозных кровоподтеков. Плод в головном предлежании. Плацента в верхнем отделе матки, сильно выпячена внутрь, сидит на огромной ретроплацентарной гематоме.

Микроскопическое исследование: стенки матки как в области отделения последа, так и вне ее представляют картину резко выраженного отека. Мускулатура разбита отечной жидкостью на различной толщины и длины пучки гладко-мышечных волокон, местами встречаются даже отдельные изолированные гладко-мышечные клетки, структура ядер по большей части сохранена, местами наблюдается не резко выраженный их пикноз. Помимо отека, нарушившего сцепление децидуальных клеток и сделавшего более рыхлым соединение детского места с маткой, мы обнаруживаем кровоизлияния, причем наибольшее скопление свободно лежащих эритроцитов наблюдается в той части стенки матки, которая имеет связь с местом отделения последа. Никаких изменений со стороны стенок сосудов определить не удастся. Не наблюдаются и явления инфильтрации тканей воспалительными лимфоидными клетками и полиморфноядерными лейкоцитами.

Случай типичен, очень похож на случай, недавно прекрасно описанный *H. Küstner* ом. Был ли наш образ действий правилен? Вначале была допущена ошибка. Не следовало пытаться вводить метрейринтер. Надо было сразу же отказаться от мысли родоразрешить больную *per vaginam*, слишком тяжело было состояние больной, слишком серьезны были показания к немедленному родоразрешению. Одно лишь кесарское сечение было уместно. Операция была показана в интересах матери, она была жизненно необходима. Плод нас не интересовал, он был заведомо мертв.

Далее интересно, что обнаруженные тяжелые изменения матки заставили решиться на экстирпацию матки. Нельзя было и думать о сохранении

такой матки. Только операция Рэнго могла спасти больную, уже находившуюся на краю гибели.

В заключение я укажу на этиологию в нашем случае. Не было травмы не было никаких механических причин, не было и местных воспалительных процессов в матке, микроскоп их не нашел. В основе заболевания лежал гестоз, поведший к тяжелому поражению почек, и на почве этого страдания разразилась катастрофа — апоплексия матки.

А Б О Р Т

Случай 12-й.

11 ноября 1922 г. я был вызван в большой С. М. С., 29 лет (№ домашней амбулаторной книги 5127), в виду появившегося у нее значительного кровотечения. Я застал лежащую в постели женщину, весьма напуганную внезапно появившимся кровотечением. Из анамнеза я узнал, что она замужем 3 года, что она была беременна 1 раз. Эта беременность, 9 месяцев тому назад, кончилась выкидышем на 3-м месяце. Регулы больная начала носить с 17 лет. Как до, так и после беременности месячные приходили всегда правильно, каждые 28 дней, продолжались всего 2 дня и были скудные. Последние регулы были 3 октября. 1 ноября регулы не пришли. Пациентка заподозрила беременность. За два дня до начала болезни у нее появилась тошнота, пропал аппетит. Сегодня, 11 ноября, без всяких видимых причин началось кровотечение, вначале незначительное, к вечеру усилившееся, без сгустков. Больная легла в постель.

Общее состояние больной хорошее, питание удовлетворительное. Анемии нет. Живот ровный, невздутый, совершенно безболезненный. Кровотечение умеренное. Наружные половые органы развиты слабо, волосистость скудная. При внутреннем исследовании обнаружено: вход во влагалище узкий, еле пропускает палец, влагалище также узкое. Шейка нерожавшая, полуконической формы, наружный зев точечный. Матка в резкой антефлексии, чуть больше нормы, размягчена. Своды свободны. Исследование безболезненно.

Каков диагноз?

1. Беременности нет. Задержка регул случайная. Настоящее кровотечение ничто иное, как менструация.
2. Можно предположить раннюю беременность. Кровотечение означает начало выкидыша.

Действительно диагностика встречает затруднения. Вопрос сводится к тому, есть ли беременность или нет? Вы знаете, насколько трудно поставить диагноз беременности в ранних стадиях ее. Признаки беременности издавна делятся на 3 категории: достоверные, вероятные и недостоверные. Достоверные признаки все исходят от плода: выслушивание сердечных тонов плода, определение движений плода ухом или рукою врача (ощущения самой больной обманчивы) и наконец прощупывание частей плода при наружном или внутреннем исследовании. Ясно, что все эти признаки появляются лишь во второй половине беременности. В нашем случае их быть не может. В ранних стадиях беременности приходится ставить диагноз лишь на основании вероятных и недостоверных признаков.

К вероятным признакам принадлежат: прекращение менструаций, увеличение тела матки, тестоватая его консистенция, размягчение области внутреннего зева (признак Hegar'a), ощутимая через своды влагалища пульсация маточных артерий, синюшная окраска слизистой влагалища, набухание груди, выделение из них молозива, пигментация околососковых кружков и сосков, пигментация белой линии живота.

Наибольшие изменения мы находим в матке: тело матки увеличивается, первоначально уплощенная форма тела делается более округлой, увеличивается его передне-задний размер. Шарообразное тело сидит на шейке наподобие яблока. Вместе с тем уже в ранней стадии беременности отмечается увеличение матки во фронтальном размере — тело матки становится шире. Матка утрачивает свою характерную плотность, она становится мягкой, тестоватой, иногда размягчаясь настолько, что ее трудно контурировать вследствие расплывчивости ее очертаний. Но эта „цистическая“ мягкость наблюдается далеко не во всех отделах матки равномерно. На этой нерав-



Рис. 27. Признак Hegar'a.

номерности размягчения основан старый признак Hegar'a: при двуручном исследовании часто определяется поразительная сжимаемость нижнего сегмента матки (рис. 27). Получается впечатление, что пальцы наружной и внутренней руки встречаются почти без сопротивления. По *Hegar*у подобный феномен объясняется смещением или оттеснением нижнего полюса яйца или же околоплодных вод кверху, что экспериментально доказано *Sellheim*'ом, в то время как *Winter* полагает, что в первые месяцы беременности яйцо еще не доходит до нижнего сегмента матки и в силу этого пальцы пальпируют только тонкие стенки матки. Как бы то ни было признаку Hegar'a присуще большое диагностическое значение, хотя он встречается и при целом ряде патологических состояний небеременной матки.

Далее тело матки в ранних стадиях беременности становится асимметричным. Часто одна половина тела толще другой, причем утолщенный отдел его более мягкой консистенции. На границе этих двух отделов тела

матки, как выражение разницы в консистенции их, определяется продольная борозда (на передней и задней, или же только на передней поверхности матки), причем борозда эта как бы сдвинута в одну сторону, в силу чего тело матки представляется разделенным на две неравных половины (*Braun*).

Важное диагностическое значение имеют и обособленные выпячивания стенок матки, подробно описанные в 1901 году *Piskacek*'ом. Они соответствуют месту нахождения плодного яйца. Вследствие их, тело матки может получить резко асимметричную форму.

Hegar указал еще признак беременности, заключающийся в том, что, начиная с 3-го месяца беременности, при двуручном исследовании можно собрать поперечную складку на задней поверхности матки. Объясняет он это явление рыхлостью поверхностных слоев мускулатуры и большой смещаемостью их по отношению к глубоким слоям. Нет надобности говорить, что подобный эксперимент не может быть безразличным для матки и что, собирая мускулатуру матки в складку, мы рискуем произвести отслойку плодного яйца, что должно повести к аборту.

Мы видим, что в основе всех этих признаков ранней беременности лежат те или иные изменения в форме, а также в консистенции матки. К стати позволю себе указать на 2 признака ранней беременности, подмеченных мною. Первый признак заключается в том, что при двуручном исследовании мы находим на передней поверхности тела матки гребневидный выступ, идущий строго по средней линии матки. Этот продольный гребень не распространяется ни на дно или заднюю поверхность матки, ни на шейку ее. Наощупь этот валик по консистенции своей мало чем отличается от таковой остального тела матки. Встречал я его как у перво- так и у повторно-беременных, но лишь в самом начале беременности. К сожалению он определяется далеко не во всех случаях ранней беременности (приблизительно 1:4). Второй симптом, замеченный мною, касается лишь антефлексированных маток. Известно, что в начале беременности матка, находящаяся в антефлексии, еще более перегибается вперед. Эта усиленная антефлексия объясняется с одной стороны увеличенной тяжестью тела матки, с другой — размягчением ее нижнего сегмента, из-за чего сгибаемость ее (*flexibility*) увеличивается. На эту-то чрезмерную антефлексию или гиперфлексию я особенно обращаю внимание, как на ранний симптом беременности (см. „Сборник научных трудов в честь 50-летия научно-врачебной деятельности проф. А. А. Нечаева“).

Все это признаки беременности вероятные.

Наконец к признакам недостоверным относится большой ряд субъективных расстройств, появляющихся у женщин нередко в начале беременности, как-то: тошнота, рвота, слюнотечение, извращение вкуса („прихоти“), изменения аппетита, настроения, различные невралгии (головная боль, зубная боль), ощущение покалывания в сосках, расстройства мочеиспускания, стула и т. п.

Насколько доказательны достоверные признаки, настолько ненадежны признаки вероятные и в особенности недостоверные. Ни один из них, взятый в отдельности, не доказывает наличия беременности. Совместное существование нескольких из них уже делает диагноз беременности вероятным. В весьма многих случаях приходится отказываться от постановки диагноза с тем, чтобы по прошествии 2—3 недель произвести вторичное исследование и на основании происшедших перемен вывести окончательное заключение.

Посмотрим теперь, в какой мере в нашем случае можно выяснить диагноз. Достоверных признаков быть еще не может. Из вероятных признаков мы имеем задержку менструации на 10 дней, незначительное увеличение и размягчение матки; из недостоверных — легкую тошноту и отсутствие аппетита.

Хотя у нас нет и не может быть уверенности в наличии у нашей больной беременности, мы все же склонны ее считать беременной.

Но отчего же появилось кровотечение? Этиология выкидыша весьма разнообразна: выкидыш может быть следствием местных заболеваний полового аппарата: сюда относятся эндометрит (геморрагический, полипозный), может быть гонорройный), ретрофлексия матки, периметритические сращения, опухоли (миомы матки, кисты яичника), недоразвитие матки (детская матка), пороки развития ее, застарелые разрывы шейки.

Далее этиологическим фактором выкидыша могут быть инфекционные заболевания женщины как острые (корь, скарлатина, инфлюэнца, тифы, холера, оспа, малярия, сепсис, пневмония, плеврит, пиемия и т. д.), так и хронические (главным образом сифилис, но и туберкулез); иногда причиной аборта бывают нефрит, декомпенсированный порок сердца, отравления (свинец, ртуть, кантариды и проч.), травмы, хотя значительно реже, чем полагают; возможно, что выкидыш может быть вызван и психической травмой и расстройством внутрисекреторной деятельности желтого тела.

Большую часть перечисленных моментов мы можем для нашего случая исключить. Чаще всего приходится считаться с тремя моментами, а именно — с недоразвитием матки, сифилисом и эндометритом, которые и являются, по мнению *Груздева*, „основными моментами, обуславливающими преждевременный перерыв беременности“.

На эндометрит указаний в анамнезе нет: наша больная никогда воспалительными заболеваниями половой сферы не страдала, в частности у нее никогда не было белей. При исследовании мы не находим ни патологических выделений, ни эрозий на шейке.

Сифилис мало вероятен; и больная и муж ее с полной определенностью отрицают всякую венерическую болезнь.

Инфантилизм матки, наоборот, очень вероятен: на недоразвитие ее указывает и позднее начало менструаций (17 лет) и малая их продолжительность (регулы идут всего 2 дня, они скудны). Предположение наше подкрепляется еще тем, что пациентка забеременела впервые лишь на 3-м году половой жизни, и—что особенно важно—первая беременность кончилась самопроизвольным выкидышем.

Анамнез с определенностью указывает на недоразвитие матки. А объективное исследование? Слабое развитие наружных частей, скудная растительность, устье входа во влагалище, полуконическая шейка, резкая антефлексия матки—все это вполне характерно для гипоплазии полового аппарата и в частности матки.

Итак диагноз ясен: ранняя беременность при *uterus hypoplasticus*, угрожающий выкидыш.

Каков должен быть наш образ действий?

1. Так как начался выкидыш, то в целях ликвидации его показано выскабливание.
2. Кровотечение при беременности еще не доказывает, что выкидыш наступил. Надо принять меры к сохранению беременности.

Действительно, далеко не каждое кровотечение из матки при ранней беременности означает начало ничем неудержимого изгнания плодного яйца. Кровотечение может быть и не из полости матки, кровь может сочиться и из эрозий влагалищной части (после дефекации, полового сношения и без видимых причин). Но если кровь течет действительно из матки, то это доказывает лишь, что плодное яйцо на известном протяжении, может быть ничтожном, отделилось от стенки матки; в таком случае появляется опасность аборта („угрожающий выкидыш“), но кровотечение может еще оста-

новиться, и плодное яйцо может не пострадать, а развиваться дальше. Такие кровотечения отнюдь не показывают активного вмешательства, наоборот, они заставляют нас отнестись особенно бережно к матке. Родовой деятельности еще нет, матка не сокращается, а посему надо избегать всего того, что может вызвать ее сокращения. Уложите вашу больную в постель, запретите ей резкие, порывистые движения даже в постели, рекомендуйте полное половое воздержание; если вы будете ее исследовать, старайтесь исследовать особенно бережно: введя один палец во влагалище, познакомьтесь с состоянием шейки, с открытием зева, не надавливайте наружной рукой на дно матки. Не повторяйте внутреннего исследования без настоятельных к тому показаний; пока есть еще надежда на сохранение беременности, не делайте вовсе вторичного исследования. Запретите спринцевания, при запорах рекомендуйте клизму, а не слабительное. Из лекарственных веществ назначьте опий или кодеин в свечах или клизму с опиумом. Для этого берите на клизмочку 10 капель опийной настойки и делайте больной 2 раза в день теплые лекарственные клизмы. Рекомендуют также вводить опий не per rectum, а per os: по 8 капель 3—4 раза в день. По традиции дают внутрь *ext. fluid. Viburni prunifolii* по 20 капель 3 раза в день, причем не только пока есть кровотечение, но и 1—2 недели по прекращении его. В благоприятных случаях через день-два, через неделю кровотечение прекратится, больная еще останется в постели не меньше недели, после чего вернется к своим обычным занятиям, соблюдая при этом крайнюю осторожность и постепенность. Физический труд должен быть запрещен на все время беременности, желателен постельный покой ежемесячно в течение нескольких дней, соответствующих менструальным периодам.

Больная, жаждущая ребенка, охотно исполнит все ваши строгие назначения, она будет лежать, сколько вы ей предложите, лишь бы исполнилась ее заветная мечта. Конечно такая больная должна остаться под вашим наблюдением: при таких условиях даже при неуспехе сохраняющей терапии ваша помощь будет всегда своевременной.

Итак 11 ноября, в день начала кровотечения, мы уложили больную, предписали ей полный покой, назначили ей ежедневно очистительную клизму, 2 раза в день клизму с опиумом (10 капель настойки) и внутрь *ext. fluid. Viburni prunifolii* по 20 капель. Из диеты исключили все раздражающее, главным образом алкоголь.

12 ноября кровянистые выделения продолжались, но уже в меньшем количестве, с 18 ноября кровотечение прекратилось.

В течение последующей недели самочувствие больной было хорошее, жаловалась она лишь на плохой аппетит и легкую тошноту по утрам. Она настоятельно просила меня исследовать ее для окончательной установки диагноза беременности. 20 ноября я уступил ее просьбам: выделения нормальны, слизистая входа во влагалище цианотична. Шейка полуконическая, размягчена. Матка больше нормы, шаровидная (увеличена как в поперечнике, так и в передне-заднем размере). Ясно выражен признак Hegar'a.

Диагноз: 6-недельная беременность.

Больная охотно согласилась остаться в постели еще 2 недели, после чего (4 декабря) я ей разрешил встать.

4 января она ко мне явилась на прием: беременность 2¹/₂ мес. Анализ мочи дал нормальную картину. Таз—N.

Дальнейшее течение беременности ничем не нарушалось.

11 июля 1923 года пациентка родила живого младенца мужского пола, весом в 2 800 г.

Интерес случая. 29-летняя женщина, считающая себя беременной, болеет без всякой видимой причины маточным кровотечением. Первая ее беременность окончилась самопроизвольным выкидышем. Данные исследования указывают на раннюю беременность („угрожающий выкидыш“).

В целях сохранения беременности назначается полный постельный покой и соответствующая терапия. Кровотечение прекращается, выкидыш не наступает. Пациентка донашивает до срока.

Этиология: недоразвитие матки.

Случай 13-й.

М. В. Н., 26 лет (№ приемного журнала 9282), доставлена в клинику «кайрет скорой помощи» 1 июня 1926 г. в 20 часов с сильным кровотечением.

В силу последнего обстоятельства собираем анамнез быстро: больная родила 1 раз — 2 года тому назад. Роды и послеродовой период нормальные. 5 мес. тому назад был самопроизвольный выкидыш, потребовавший выскабливания. Женских болезней не имела. Регулы носят с 15 лет, через 4 недели, по 7 дней, всегда обильные, без болей. Последние месячные 15 марта.

2 дня тому назад (30 мая) после поднятия тяжести началось кровотечение из влагалища, сперва незначительное, постепенно усилившееся, появились схваткообразные боли внизу живота. Сегодня в 18 час. кровотечение значительно усилилось, выходили объемистые куски. Больная резко анемична, особенно поражает бледность губ. Лежит она на носилках, вялая, безучастная, зевает. Пульс дает 110 ударов в минуту, t° — 36,1. На вопрос о самочувствии вяло отвечает: „Тошнит, голова кружится“. Нижняя часть живота и бедра запачканы кровью; кровь, пропитав сорочку, простыню и холст носилок, капает на пол.

О чем можно подумать, собрав такой анамнез?

1. О нарушенной внематочной беременности (задержка регул, боли в животе, внезапное заболевание).
2. О неполном выкидыше.

Мысль о внематочной беременности может мелькнуть лишь в первые минуты знакомства с больной. Анамнез определенно указывает на беременность; острое малокровие больной, тяжелое ее состояние могут зародить мысль о беременности внематочной. Но стоит только взглянуть на кровь, текущую ручьем из половых путей, чтобы сразу же мысль о внематочной беременности отпала. При нарушении внематочной беременности поражает именно несоответствие между состоянием тяжелого обескровливания больной и ничтожностью наружной кровопотери. Да и анамнез, в сущности, не дает достаточных указаний на внематочную беременность: инсульта не было, обморока не было, наконец внематочная беременность, как правило, наступает долгое время спустя после последних родов или последнего аборта, у нашей же больной последний выкидыш был 5 мес. тому назад.

Больная кровоточит, поспешим с исследованием и окажем ей помощь.

Больная взята на стол, наружные половые части, лобок и внутренние поверхности бедер облиты водой из кружки Эсмарха и иристушено к внутреннему исследованию: из влагалища струится кровь, слизистая входа во влагалище бледная. Полость влагалища выполнена обилием сгустков, которые тут же извлечены. Наружный зев широко зияет, в нем торчат куски плодного яйца. Матка увеличена соответственно 2—2½ мес. беременности, в нормальной антеверзии. Своды свободны и безболезненны.

Стало ясно, что перед нами классический случай неполного выкидыша. Повидимому плод уже вышел через достаточно раскрытый шейный канал, плодные оболочки частью отделились от стенок матки и лежат в цервикальном канале, отчасти выступают из наружного зева, частью же они еще не отделились от стенок матки (рис. 28). Это последнее обстоятельство и не позволяет матке освободиться от своего содержимого, не

позволяет ей сократиться и тем сжать маточно-плацентарные сосуды. Вот почему кровотечение продолжается.

Что помощь должна быть дана немедленно — не подлежит сомнению!

Но в чем она должна заключаться?

1. Показана тугая тампонация влагалища, которая поведет к усилению родовой деятельности. Матка освободится от своего содержимого, и кровотечение прекратится.
2. Надо немедленно пальцем отделить плодные оболочки от стенок матки и их удалить.
3. Показано инструментальное опорожнение матки.

Тампонация, занимавшая в прежние времена столь видное место в терапии аборта, в настоящее время применяется весьма редко и при исключительных показаниях. Я ее например мыслю при начавшемся аборте, сильном кровотечении и закрытом зеве: тут тугая тампонация влагалища, вызывая сокращение матки, будет способствовать раскрытию зева и таким путем завершению аборта. Да и то в подобном случае, полагаю я, будет рациональнее, при наличии показаний к вмешательству, расширить зев расширителями или кровавым путем и таким образом получить доступ в полость матки. Лично я почти никогда не применяю тампонацию при аборте: не забудьте, что тампон всегда способствует инфекции. Установлено, что лежащий во влагалище тампон изменяет бактериальную флору рукава в сторону повышения ее патогенности. Не удивительно, что мы в старое время зачастую наблюдали после тампонации лихорадочное течение аборта. Показана ли в нашем случае тампонада? Полагаю, что она противопоказана. Состояние больной угрожающее, показано немедленное вмешательство, немедленное опорожнение матки и ликвидация аборта. А разве путем тампонации мы ликвидируем аборт? Мы его затянем, кровотечение будет продолжаться выше тампона, мы инфицируем содержимое матки. Тампонацию, как меру абсолютно нерациональную, мы отвергаем. Для вас ясно, что требуется опорожнение матки, требуется удаление остатков плодного яйца, единственное, что даст возможность

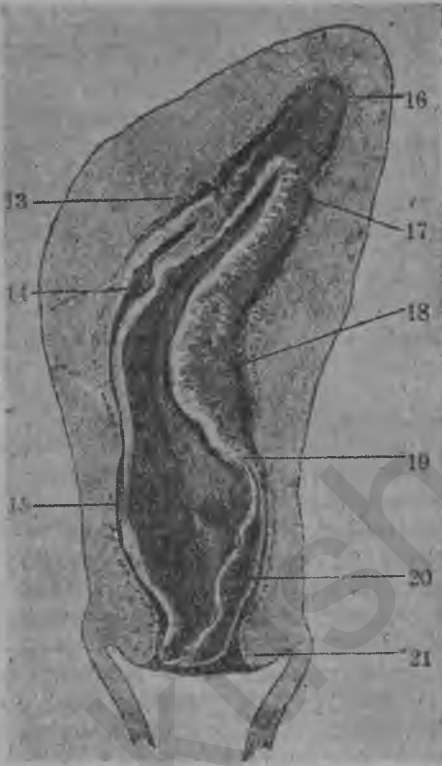


Рис. 28. Выкидыш на 3-м месяце.

13—Начинающееся отслоение d. vera. 14—Cavum uteri. 15—Яйцевая полость. 16—Плацента еще прикреплена. 17, 18—Плацента отделилась. 19—Orif. int. 20—Пропитанная кровью d. reflexa. 21—Orif. ext.

матке сократиться и этим остановить кровотечение. Вы предлагаете пальцевое удаление остатков. Несомненно способ рациональный и испытанный. Тут я должен сказать, что и по сие время два способа опорожнения матки при аборте—пальцевое и инструментальное удаление остатков—конкурируют; одни школы дают решительное предпочтение пальцевому методу, другие его отвергают и применяют лишь метод инструментальный.

Разберемся в этом вопросе, имея в виду лишь выкидыш „в ходу“, выкидыш неполный (abortus incompletus). Опорожнение матки без расшире-

ния шейки возможно лишь, когда шейка достаточно раскрыта, точнее проходима для пальца или по крайней мере для того или иного широкого инструмента. В таких случаях при внутреннем исследовании палец, войдя через наружный зев в канал шейки, определит в ней или выше над расширенным внутренним зевом куски плодного яйца. В таких случаях, если нет противопоказаний, требуется удаление их, потому что лишь опорожнение матки избавит больную от двух опасностей: продолжающегося кровотечения и инфекции. Пальцевое удаление имеет преимущество в том отношении, что палец осязает и благодаря этому не может нанести повреждения стенкам матки. Палец, проникнув в полость матки, ясно ощущает



Рис. 29. Удаление плодного яйца пальцем.

стенку матки и различает прикрепленные к ней более или менее рыхло куски плодного яйца (рис. 29). Он может их бережно отслоить от подлежащей маточной стенки и уже отделенные постепенно препроводить из полости матки во влагалище. Повторным вхождением указательного пальца оператор убеждается, что полость матки свободна от более или менее значительных кусков плодных оболочек, рыхлые обрывки отпадающей выходят незаметно во время манипуляции; если выкидыш в конце 3-го месяца беременности или старше, то контролирующий палец на той или другой стенке матки определяет шероховатое место прикрепления детского места. Но подобное пальцевое опорожнение матки имеет и свои недостатки: далеко не в каждом случае неполного аборта шейка достаточно раскрыта; чтобы можно было войти в нее пальцем, требуется предварительное расширение шейки, а это уже есть инструментальное вмешательство. Далее

пальцевое опорожнение матки, хотя и бережное в смысле невозможности нанесения серьезных травм, но оно далеко не бережное в смысле причинения боли. Оно весьма часто требует наркоза: вы себе представляете, что тут идет работа бимануальная; в то время как указательный палец одной руки проникает в полость матки, другая рука через брюшные стенки старается обхватить матку и, низдавливая ее навстречу внутренней руке, как бы насаживает ее на палец, находящийся в маточной полости. Эта манипуляция болезненна, чувствительные больные оказывают сопротивление, рефлекторно сокращается мускулатура живота, оператор старается преодолеть сопротивление брюшных стенок и зачастую, не будучи в состоянии закончить операцию, должен прибегнуть к наркозу.



Рис. 30. Абортиангом захватываются лежащие в шейке куски.

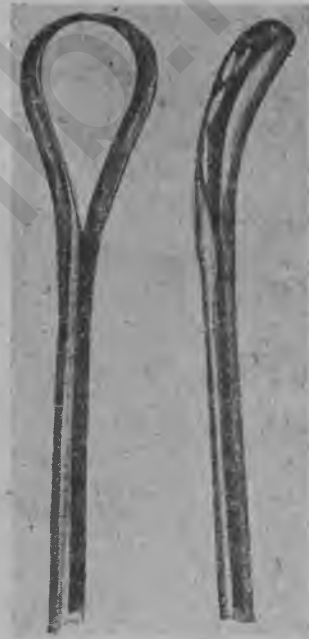


Рис. 31. Кюретка (натуральная величина).

Наконец последний недостаток пальцевого опорожнения матки — более высокая, по сравнению с инструментальным, заболеваемость. В литературе есть статистические указания на то, что лихорадочное течение чаще наблюдается после пальцевого опорожнения матки, чем после инструментального (*Schottmüller*). Да это и понятно; как бы вы ни дезинфицировали руку, все же она, проходя по влагалищу, неминуемо занесет бактериальную флору рукава в шейку, а может быть и в полость матки, в то время как при инструментальном опорожнении стерильный инструмент вводится непосредственно в шейку, не касаясь стенок влагалища.

Из изложенного вытекают преимущества и недостатки и инструментального метода: тут нет надобности, чтобы шейка была открыта до ши-

рины пальца, достаточно меньшего раскрытия. Наркоз в огромном большинстве случаев излишен, вся манипуляция требует менее напряжения и времени и менее опасна в смысле занесения инфекции. Недостатком является опасность травматических повреждений (прободение матки). Вполне ясно, что тут требуется опыт. Опытный, осторожный оператор менее рискует прободением матки, чем начинающий и слишком смелый. В дальнейшем, когда будет речь об инструментарии и технике операции, мы вернемся к этому важному вопросу. Вторым недостатком является трудность контроля полости матки: все ли удалено или есть еще остатки? Вполне понятно, что и тут все дело в опыте оператора: опытный врач найдет мелкий кусочек оболочек и поспешит его удалить, начинающий может оставить в матке объемистый кусок плацентарной ткани.

Лично я даю решительное предпочтение инструментальному опорожнению матки, не отвергая пальцевого вовсе, а оставляя его для начинающих, малоопытных врачей, а также для исключительных случаев.

Но вернемся к нашей больной. Нужен ли наркоз? Конечно нет. Больная лежит на операционном столе в спинно-ягодичном положении, бритье волос на наружных частях и лобке займет минуту-две. Мы не будем мыть или спринцевать влагалище. Вводим заднее желобоватое зеркало Sims'a (или Simon'a): во влагалище опять скопились кровяные сгустки, которые легко удалить „вытиралкой“, смоченной в растворе сулемы (1:1 000). В глубине видна влагалищная часть матки с зияющим зевом. Оператор захватывает переднюю губу зева пулевыми щипцами и, удерживая их левой рукой, вводит шейку почти до входа во влагалище. Зев зияет, в нем видны куски плодного яйца.

Оператор берет абортанг (Winter'a или Sanger'a), вводит его закрытым в цервикальный канал (но отнюдь не выше внутреннего зева), здесь раскрывает бранши и захватывает ими лежащий в шейке кусок (рис. 30). Осторожным потягиванием, без малейшего насилия, сопровождая влечение медленным вращением абортанга в направлении часовой стрелки, он извлекает из шейки объемистый кусок пропитанных кровью злияниями плодных оболочек. Абортанг сделал свое дело. Оператор берет большую тупо-конечную кюретку (рис. 31) и, захватив ее тремя пальцами, осторожно, скользящим движением проводит ее до дна матки. Тут рука оператора чувствует некоторое сопротивление, а посему дальнейшее продвижение прекращается. Оператор замечает глубину, на которую вошла в матку кюретка, и приступает к выскабливанию. Кюретка проводится энергично по передней стенке матки вниз, отделяя на своем пути остатки оболочек, тут же выпадающих из наружного зева. Оператор опять проводит кюретку медленно и без насилия до дна, проводит ее, несколько повернув ее в сторону, энергично книзу до внутреннего зева. Такие осторожные продвижения до дна и энергичные дуги книзу он продолжает, обходя поочередно все стенки матки— сперва переднюю, потом правую, заднюю и наконец левую. Во время этих манипуляций кровотечение усилилось. Но это обстоятельство отнюдь не смутило оператора: раз отделяются от стенки матки оболочки, кровотечение должно усилиться. Оператор уверен: кровотечение прекратится, когда все остатки будут удалены и полный мускул получит возможность сократиться. Но вот уже нет больше кусков оболочек; кюретка, на этот раз несколько меньших размеров (рис. 32), еще раз вводится в полость матки и проверяет стенки матки, главным образом углы полости. Повсюду рука оператора, вооруженная кюреткой, чувствует равномерное сопротивление, ухо оператора слышит при дугах характерный скрип—результат движения кюретки по мускулатуре матки. Кюретка уже не входит в матку на первоначальную глубину. Матка сократилась, полость ее уменьшилась. Вместе с тем прекратилось и кровотечение.

Выскабливание кончено. Оператор берет плейферовский зонд (рис. 33), густо обмотанный ватой, и, обмазнув его в сосуд с иодом, вводит его в матку, где и протирает им стенки маточной полости. Кровотечения нет. Пулевые щипцы удаляются, зеркало извлекается. Операция кончена.

К моменту окончания операции общее состояние больной тяжелое. Она в полубесознательном состоянии, на вопросы не реагирует. Поражает крайняя бледность кожи в слизистых оболочках. Пульс еле ощутим, не сосчитывается.

Ясно, что задача врача не окончена. Мы должны начать борьбу с острым малокровием. Тут же на операционном столе в левую локтевую вену влито 700 см^3 теплофизиологического раствора поваренной соли. Под кожу впрыснуто 5 см^3 20% камфорного масла, для сокращения матки под кожу живота впрыснут 1 см^3 10% раствора эрготина. Больная снята с операционного стола и положена на койку в палате. Положим ее без подушки, обложим ее грелками, на живот положим мешок со льдом.

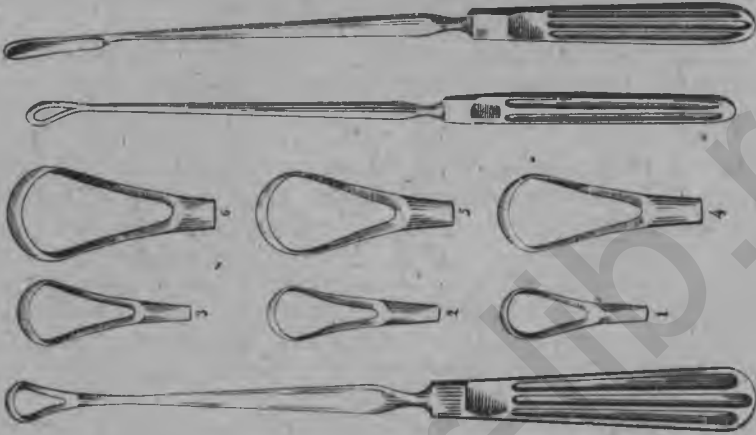


Рис. 32. Кюретки разной формы и величины.

Через $\frac{1}{4}$ часа она уже реагирует, жалуется на большую слабость и жажду. Дадим ей горячий кофе, эфирно-валериановых капель и поручим наблюдение за ней дежурной сестре. Через час пульс оказался лучшего наполнения, учащен (до 120 ударов). Бледность не столь резкая, кровотечения нет. Мы сделали ей теплую в 100 см^3 клизму из физиологического раствора и предоставили ей полный покой.

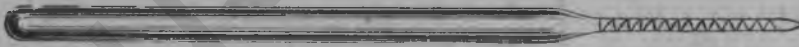


Рис. 33. Зонд Плейфера.

На следующий день (2 июня) общее состояние больной значительно улучшилось: самочувствие все еще плохое, больная жалуется на головную боль и слабость. Пульс удовлетворительного наполнения, 100 ударов в минуту. Выделения ничтожны, сукровичны. Температура нормальна. В последующие дни больная быстро стала поправляться, температура не повышалась, пульс с каждым днем становился полнее.

5 июня больная начала сидеть, 7 она встала, 8 выписалась домой.

Я бы хотел остановиться на некоторых моментах.

1. Этиология аборта осталась не вполне выясненной. Указание больной на поднятие тяжести большого доверия не заслуживает. Опыт учит, что большая часть неполных выкидышей обязана своим происхождением искусственному вмешательству. Около 85% поступающих в больницы и

клиники выкидышей — аборт искусственные. И если некоторая часть больных откровенно сознается в криминале, то большинство отрицает вмешательство и указывает на поднятие тяжести, ушиб, падение с лестницы, с трамвая, испуг и проч., как на причину аборта. Это обстоятельство надо учесть, ибо оно имеет огромное практическое значение. Нередко врач, производящий выскабливание при неполном выкидыше, находит в полости матки инородное тело в виде кусочка бужа, шпильку и т. п. или же войдет кюреткой в проложенный преступной рукой ложный ход. Если он во-время поставит диагноз прободения — благо больной и благо ему. Если же он не подумает о перфорации и будет продолжать операцию, он может нанести тягчайшие повреждения больной и поставить жизнь ее на карту.

2. К подготовке больной: если нет экстренности, нужно поставить больной клизму, тщательно выбрить. Мытье наружных частей и влагалища (щеткой, мочалкой, губкой) мы считаем лишним. Достаточно смазать наружные части йодом, влагалище вытереть (после введения зеркал) ваткой, смоченной слабым раствором сулемы, и, после удаления остатков сулемы сухой ваткой, смазать влагалищную часть и протереть канал шейки йодом.

3. К технике операции: передняя губа зева захватывается одной или двумя парами пулевых щипцов или щипцами Мизеих. Иногда выгодно захватить и заднюю губу пулевыми. Это относится особенно к случаям резкой антефлексии матки: при таком влечении за заднюю губу матка, выпрямляясь, сглаживает свою антефлексию. При захватывании передней и задней губ зева передняя пара пулевых передается ассистенту (последний, стоя справа, держит пулевые левой рукой, зеркало правой), задняя же пара пулевых удерживается левой рукой оператора (рис. 34).



Рис. 34. Выскабливание. Пулевыми захвачены передняя и задняя губы зева.

Никогда не применяйте при выскабливании по поводу аборта зонд! Маточный зонд должен быть изгнан из набора акушера. Зонд служит для определения направления и длины полости матки. Направление полости вам и без зонда ясно: вы ведь исследовали большую до операции бимануально, вы точно осведомлены, находится ли матка в антефлексии, ретрофлексии и проч. Длина полости вам становится известной в момент введения в матку кюретки. Нет сомнения, что зондом гораздо легче перфорировать матку, чем тупоконечной кюреткой. Начинайте выскабливание с применения большой кюретки, в дальнейшем, когда матка сократится, когда

стенки ее станут толще и резистентнее, вы успеете удалить меньшей кюреткой мелкие остатки оболочек. Вслушивайтесь в звук, получаемый при выскабливании: по мере удаления кусков оболочек, по мере обнажения мускулатуры матки вы все яснее будете слышать характерный скрип. По мере накопления опыта вы кюреткой будете ощущать, где расположены в полости матки элементы плодного яйца, вы научитесь пользоваться кюреткой как осезающим органом. Научитесь осторожно, без насилия вводить кюретку и, внимательно следя за движениями инструмента, вы во-время заметите слишком глубокое проникание его в матку или отклонение его куда-либо в сторону. Прободение матки случалось и с весьма опытными врачами. Сама по себе перфорация не есть еще крупное несчастье; но во-время не распознать прободения и в блаженном неведении нанесенной травмы продолжать

операцию — катастрофа.

Что касается абортцанга, считаю нужным сказать следующее: наиболее часто прободение делалось именно абортцангом, наиболее тяжелые повреждения (кишеч, сальника, мочевого пузыря) получались при работе абортцангом. А посему при работе этим инструментом требуется особенная осторожность. Было бы неправильно настаивать на изъятии абортцанга из инструментария. Ведь и акушерскими щипцами можно нанести смертельные повреждения —

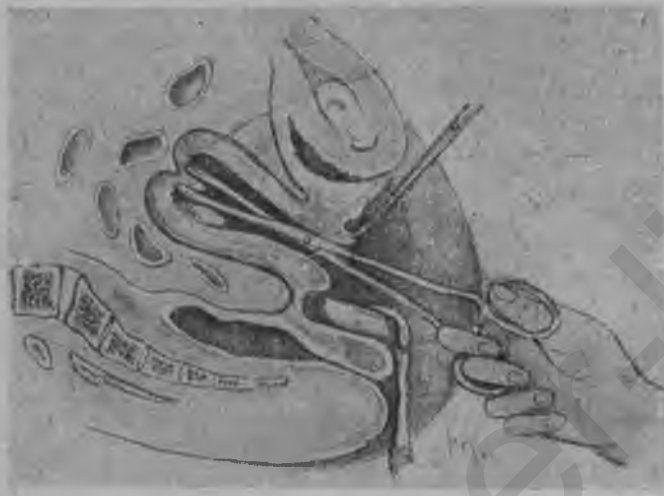


Рис. 35. Абортцанг захватывает стенку матки.

но никто ведь не будет настаивать на изгнании щипцов из акушерского арсенала! Абортцанг часто применяется зря. Особенно при ранних абортах можно прекрасно обойтись без него. Иногда же, особенно при выкидышах 3-месячных и больше, он незаменим. Подберите себе хороший абортцанг, т. е. инструмент с широкими закругленными ложками, последние должны быть тупыми, без зубцов, ребристые. Вводите его в матку закрытым, открывая бранши лишь к моменту захватывания кусков яйца. Начинаящий поступит благоразумно, удаляя абортцангом лишь куски, лежащие уже в шейке матки. Более опытный оператор может войти и в полость матки, может продвинуть закрытый инструмент, наподобие кюретки, до дна матки, а затем уже, несколько осадив абортцанг назад на себя, он широко раскроет его бранши, стараясь захватить куски плодного яйца. Никогда не следует раскрывать инструмент и захватывать им, когда конец прикасается к стенке матки, тут очень легко захватить самую мускулатуру матки и при дряблости ее откусить кусок маточной стенки. При следующем введении абортцанга инструмент выйдет через такое окошко в свободную брюшную полость и захватит кишечную петлю (рис. 35 и 36).

Опытная рука почувствует, что ею захвачены куски плодного яйца; медленно извлекая инструмент и поворачивая его вокруг его продольной оси, она легко выведет остатки яйца наружу.

Многие авторы советуют по окончании выскабливания промывать полость матки горячей водой (стерильной) или же тем или иным слабым

дезинфицирующим раствором (раствор иода, лизоля и т. п.). Для этого обычно применяют тонкий маточный катетер Fritsch-Bozeman'a. Лично я думаю, что в случаях чистых (асептических), а также при хорошо сократившейся матке промывание ее не обосновано, в случаях же явно инфицированных промывание вряд ли сможет привести полость матки в асептическое состояние, а прогнать инфекционное начало дальше может. Посему я, как правило, отвергаю всякое промывание матки как таковое. Совсем другое дело, если имеется атония матки: тут я делаю промывание горячей водой в виде длительного (до остановки кровотечения) душа при помощи того же катетера Fritsch-Bozeman'a.

4. Большинство операторов тампонирует после выскабливания матку марлей. Действительно, применение тампонады имеет свое обоснование.

И мы ее применяли прежде принципиально. Тампон, введенный в матку, действует кровоостанавливающе, он побуждает матку к сокращению, он не позволяет шейке быстро сократиться, чем поддерживает сток выделений. Наконец к марлевому тампону пристают мелкие обрывки плодных оболочек и отпадающей и выводятся при извлечении тампона. Если в вашем распоряжении имеется вполне асептический марлевый тампон, вы можете завершить операцию выскабливания тампонацией матки. Но советую вам не тампонировать матки слишком туго: тугая тампонада вызовет весьма болезненные схватки; через несколько часов вас известят, что больная стонет от невыносимых болей в животе. Не оставляйте тампона дольше 5—6 часов; длительное пребывание тампона в матке совершенно бесцельно. Кроме того, оставляя тампон на полсутки и более, не удивляйтесь подъему температуры до 38 и 39°. По *Афанасьеву* (Саратов, 1930), тампон представляет хороший капиллярный путь для проникновения микроорганизмов из влагалища в полость матки. Повышение температуры и длительность ее при аборте с дренажем в два раза чаще и больше, чем без дренажа.

Признаю, что в настоящее время я редко применяю тампон, лишь особые показания заставляют меня прибегнуть к тампонаде: атоническое кровотечение, вялость матки, заставляющая ожидать задержку сгустков.

Плохого от подобного воздержания я не видел и думаю, что и впредь буду так поступать, индивидуализируя каждый случай.

5. После операции выскабливания больная соблюдает постельный покой в течение нескольких дней. Если случай асептический, через полсутки можно больной разрешить лечь на бок. В течение первых полусуток назначается лед на живот и спорынья в виде экстракта по 20 капель 3 раза в день. При условии нормальной температуры на 3—4-й день больная может присесть, на 5—6-й день встать. За это время местный уход будет сводиться к обмыванию наружных половых частей 2 раза в день (уборка), к заботе о действии кишечника.



Рис. 36. Abortианг захватывает кишку.

После больших кровопотерь больные должны остаться дольше в постели; показаны обильное питье, физиологические клизмы, усиленное питание. При обильных выделениях прием спорыньи показан в течение нескольких дней, до недели.

Интерес случая. В клинику доставляется больная с сильным кровотечением. Анамнез указывает на раннюю беременность, ставится диагноз неполного выкидыша (2¹/₂ мес.). Без наркоза, без расширения шейки немедленно приступлено к опорожнению матки. По удалении остатков плодного яйца кровотечение прекратилось, матка хорошо сократилась. Операция заканчивается без промывания матки, без тампонации. Принимаются меры против острой анемии. Больная быстро поправляется.

Случай 14-й.

С. К. Ш., 23 лет (№ приемного журнала 7890), поступила в клинику 27 апреля 1926 г. для прекращения беременности по социальным показаниям.

Анамнез: в детстве перенесла корь, скарлатину, 18 лет болела сыпным тифом. Месячные начала носить с 15 лет, через 4 недели, по 2—3 дня, без боли, умеренные. Родила 1 раз, 8 месяцев тому назад. За неделю до поступления в клинику отняла ребенка от груди. Женскими болезнями не болела. Последние регулы 20 февраля.

Пациентка хорошего питания; пульс 84 удара в минуту; t° — 36,4; живот ровный, безболезненный; из груди легко выдавливается молоко. Наружные половые органы развиты правильно. Слизистая входа синюшна. Выделения умеренные, слизистые. Стенки влагалища разрыхлены, отечны, влагалищная часть мягкая, цилиндрической формы, наружный зев щелевидный. Матка в антеверзии, увеличена соответственно 2 месяцам беременности, шаровидна, размягчена, на передней ее поверхности ясно ощущается валик, идущий от дна матки к области внутреннего зева, по ее средней линии и выступающий в виде гребня над поверхностью матки (симптом Гентера). Своды свободны, безболезненны.

В отношении, с которым прибыла пациентка, сказано: направляется для производства аборта, если нет медицинских противопоказаний.

Если к нам направляется пациентка для производства аборта по социальным показаниям, мы прежде всего должны поставить себе вопрос: можно ли без вреда для нее сделать аборт? Тут мы должны 1) установить точный срок беременности и 2) исключить ряд осложнений, могущих дать те или иные нежелательные последствия.

1. Хотя каждый аборт сопряжен с известным риском для здоровья женщины, все же опыт учит, что риск при аборте, производимом *lege artis*, невелик, если беременность не старше 8, в крайнем случае 10 недель. Этот срок следует точно установить для аборта по социальным показаниям. Кстати скажу, что никогда не следует делать выскабливания и в очень ранние сроки беременности, когда при помощи бимануального исследования еще не представляется возможным поставить диагноз физиологической беременности. Как часто вы услышите про случаи, где было сделано выскабливание с целью аборта при нераспознанной внематочной беременности! Женщина, заметив задержку регул дней на 5—7, с легкой душой идет на выскабливание, ей и в голову не приходит мысль о возможности трубной беременности; врач, вместо того, чтобы отложить разговор об аборте до точного выяснения диагноза, уступает настойчивой просьбе пациентки; в результате—катастрофа. Подобные случаи изложены в монографии Л. Я. Цейтлина „Плодоизгнание при внематочной беременности“.

Нередки также случаи „аборта“ при отсутствии какой бы то ни было беременности. *Neugebauer* привел большую казуистику подобных случаев,

названных им „Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate“. Следствием такого рода бесцельного выскабливания бывают воспалительные заболевания разнообразного характера. Никогда врач не должен приступать к операции аборта, если диагноз беременности еще под сомнением.

Итак, optimum для операции аборта — срок между 6-й и 10-й неделями беременности.

2. Осложнения, могущие наложить veto на операцию аборта, многочисленны. Упомяну лишь о некоторых: воспалительные заболевания матки и придатков (salpingitis, pyosalpinx, oophoritis), подострый метрит, периметрит, гнойные выделения (катар шейки, влагалища), гонорея, новообразования придатков и матки и проч.

Допустим ли с точки зрения противопоказаний аборт у нашей пациентки?

1. Противопоказаний нет, прогноз хороший.
2. Хотя видимых противопоказаний нет; все же будет правильнее исключить гонореею бактериоскопически.

Действительно, видимых противопоказаний нет, но ведь известно, что во влагалищном секрете могут находиться патогенные микробы, хотя выделения ничем не отличаются от нормальных. Я неоднократно видел воспаление придатков после операции выскабливания у вполне здоровых до того женщин, хотя операция была произведена с соблюдением всех правил асептики. В этих случаях, без сомнения, выделения шейки или влагалища содержали патогенные микробы, во время или после операции асцендировавшие и поведшие к поражению придатков (гонококки, стафилококки, кишечные палочки). Исходя из этих соображений, было бы принципиально правильным в каждом случае искусственного аборта перед операцией исследовать бактериоскопически выделения шейки и влагалища, и в случае обнаружения гноеродных кокков, кишечной палочки, bac. fusiformis подвергнуть больную предварительному лечению (до исчезновения патогенных форм); в случае же нахождения гонококка — вовсе отказаться от операции выскабливания.

Понятно, что подобная постановка дела может быть названа идеальной. Провести ее повсеместно в жизнь совершенно невозможно, но стремиться к этому идеалу мы должны.

Если только выделения вам покажутся внушающими подозрение на гонореею, если анамнез подозрителен (бели, расстройство мочеиспускания и т. д.) — поисследуйте выделения! Вы не раскаетесь. И если вы в части случаев сделаете исследование зря, то в другой части вы, обнаружив гонококки, отклонив операцию, убедив пациентку отказаться от мысли об аборте, принесете ей пользу. Вы будете творить истинную профилактику и убережете вашу пациентку от восходящей гонореи, от многолетних страданий, от потери трудоспособности и от бесплодия.

Возьмем же у нашей пациентки выделения из шейки и из влагалища.

На следующий день, 28 апреля, пациентка взята на стол. Введено стерильное зеркало Куско, прокаленной платиновой петлей взят секрет из наружного зева матки и из заднего свода влагалища на 2 предметных стекла, сделаны мазки, окрашены по Граму и исследованы под микроскопом: в каждом поле зрения видны в ограниченном числе плоский эпителий, изредка лейкоциты и в большом количестве влагалищные палочки Döderlein'a. Кокковых форм нет вовсе.

Ясно, что перед нами нормальный секрет с нормальной флорой.

Итак, мы сделали все, чтобы исключить противопоказания, и приступаем к операции аборта.

Какую методику вы бы предложили?

1. Наиболее бережным будет расширение шейки ламинарией с последующим выскабливанием через сутки.
2. Рациональнее опорожнение матки в один сеанс: выскабливание после расширения шейки металлическими расширителями.

У нашей пациентки беременность 2-месячная. Нет никакой надобности прибегать к операциям рассекающим. В последующих беседах вы познакомитесь с рядом подобных, чисто хирургических операций (влагалищное кесарское сечение, операция Heinsius'a, малое кесарское сечение). Все эти операции имеют свои специальные показания, как-то: большой срок беременности, те или иные осложняющие болезни, необходимость стерилизации. Здесь беременность ранняя, нет никаких осложнений, нет показаний и к стерилизации. Ясно, что здесь показано выскабливание. Вопрос сводится к способу расширения шейки.

Расширения матки с помощью тампонации ее и влагалища вы не предлагаете вовсе. Я это приветствую. Все же я должен оговориться. Если у нас этот метод почти никем не применяется, то в Германии он пользуется и по сие время широким распространением. Обнажив шейку с помощью зеркал и низведя ее, вводят в цервикальный канал стерильный марлевый бинт (или виоформную марлю), смоченный стерильным глицерином. Этой же марлей туго тампонируют влагалище. Этим достигается не прямое, немедленное, механическое расширение, а посредственное, постепенное, функциональное.

Тампон оставляется на сутки; иногда сильные схватки заставляют удалить тампон раньше. Исследование обнаруживает раскрытую шейку, вполне допускающую выскабливание. Иногда же к моменту извлечения тампона плодное яйцо оказывается уже вышедшим из матки и лежащим в сводах влагалища.

Несмотря на прекрасные отзывы в литературе, этот метод у нас вряд ли получит распространение: хотя он может быть и менее опасен в смысле повреждений, но он требует больше времени и сопряжен с введением инородного тела в половые пути на много часов.

Симпатичнее ваше предложение расширить шейку ламинарией. В Германии этот метод широко распространен, у нас в прежнее время он пользовался почти общим признанием. В настоящее время он у нас почти вовсе оставлен, отчасти потому, что получение ламинарий затруднено, отчасти же потому, что в нашем распоряжении есть метод более простой и дешевый.

Ламинария — палочка, изготовленная фабричным способом из водорослей (*laminaria digitata*). Палочки бывают разной толщины (3—10 мм) и сохраняются в чистой карболовой кислоте, в 96% спирту или концентрированном растворе иодоформа в спирту или эфире. Перед употреблением они погружаются в сулемовый раствор. Каждая палочка снабжена на одном конце ниткой, продетой через отверстие на конце палочки. После тщательного обеззараживания влагалища и шейки, палочка ламинария с помощью корнцанга вводится в цервикальный канал так, чтобы верхний конец ее занимал внутренний зев, а нижний выстоял из наружного (рис. 37). Нитка остается во влагалище, последнее рыхло тампонируется. Палочка имеет свойство разбухать (рис. 38), благодаря чему она не только механически расширяет шейку, но и вызывает физиологические сокращения маточной мускулатуры. Через сутки потягиванием за нитку палочка извлекается. Если шейка оказывается достаточно раскрытой, приступают к выскабливанию, если же нет, то опять вводится на сутки палочка более толстого калибра, или же одновременно две тонких.

Некоторые немецкие авторы считают этот способ расширения шейки наилучшим и наиболее бережным. *Stöckel* называет его „die prinzipiell beste und schonendste Erweiterungsmethode“.

Лично я усматриваю крупный недостаток именно в продолжительности метода. Считаю небезразличным, что в шейке в течение суток, а иногда и двух, лежит растительное тело, хотя и стерилизованное. И действительно, неоднократно наблюдались повышения температуры. Вспомните, что пока ламинария лежит в шейке, всякий сток из матки прекращен. Немудрено, что при таких условиях возможна инфекция.

Я убежден, что если у нас на рынке появится ламинария даже в избытке, вряд ли этот метод приобретет много поклонников.

Остается расширение шейки металлическими дилататорами. Этот метод несомненно самый распространённый; хотя тут расширение шейки происходит не физиологически, т. е. не в силу родовой деятельности постепенно сверху вниз, а некоторым образом насильственно, притом снизу вверх, все же тут подкупает и быстрота вмешательства и абсолютная стерильность работы. В основе всех моделей расширителей (*Hegar, Fritsch, Küstner, Landau*) лежит общий принцип: имеется серия металлических, слегка изогнутых, с закругленными концами, никелированных и снабженных ручкой палочек, толщиной от 4 до 18 мм и больше, причем толщина каждого последующего расширителя больше толщины предыдущего на $\frac{1}{2}$ или 1 мм (рис. 39).

Техника такова (рис. 40): с соблюдением правил асептики обнажается с помощью зеркал и низводится пулевыми шейка матки. Величина и положение матки точно известны благодаря предварительному бимануальному исследованию. Оператор левой рукой удерживает пулевые, захватившие среднюю губу зева, правой рукой вводит в цервикальный канал расширители поочередно, начиная с малых номеров. Весьма важно расширитель вводить медленно, без всякого насилия, избегая буравящих движений, опуская ручку расширителя книзу, учитывая физиологическую антефлексию матки. Далее важно расширитель вводить на должную глубину: конец расширителя должен несколько выйти за внутренний зев в полость матки, но и только; ни в коем случае он не должен быть продвигаем через всю полость матки до дна ее. Если малые номера следуют друг за другом не встречая сопротивления во внутреннем зеву, то скоро один из последующих расширителей встретит тут нежное, как бы эластическое сопротивление. Его нужно нежно и бережно преодолеть, медленно извлечь расширитель и быстро приступить к введению следующего, дабы внутреннему зеву не дать времени сократиться. Если один из последующих расширителей не удастся провести через внутренний зев, не насильствуйте, отложите его в сторону; вернитесь к предыдущему, введите его, оставьте его лежать минуту. Вы увидите, как легко войдет следующий. По мере накопления опыта рука начинает отличать сопротивление стенки матки от сопротивления внутреннего зева. Опытный оператор расширяет медленно, не спеша, не применяя никакого напряжения, начинающий же — работает поспешно, с усилием.



Рис. 37. Правильно введенная ламинария.

Важно знать, до какого номера расширить шейку. Беременная матка рожавшей женщины обычно расширяется без затруднений до № 12. Введение более крупных номеров небезопасно, потому что может вести к продольному разрыву шейки матки,—разрыву, простирающемуся в параметрий, но невидимому для глаза.



Рис. 38. Палочка ламинария до и после набухания.

Если придерживаться упомянутого optimum'a для выскабливания, т. е. срока не позже 10-недельной беременности, то более № 12 расширять не придется.

Расширив шейку, приступают к выскабливанию, придерживаясь техники;

которую я вам изложил в предыдущей беседе.

Итак, признав одномоментный метод опорожнения матки с расширением шейки по Hegar'у для нашего случая вполне рациональным, приступаем к операции (28 апреля, 14 час.).

Возникает вопрос: под наркозом или без него?

Вопрос этот надо решать, индивидуализируя каждый отдельный случай. Полагаю, что наркоз показан у всех первобеременных, у чувствительных, нервных повторнобеременных; обычно же повторнобеременные переносят операцию искусственного аборта при $1\frac{1}{2}$ —2, даже $2\frac{1}{2}$ -месячной беременности хорошо и без наркоза. В виду этого мы нашей пациентке и не предлагаем наркоза. Ход операции был вкратце таков: спинно-ягодичное положение с ногдержателем Отта. Наружные половые части выбриты, смазаны иодом. Введены ложкообразные зеркала, передняя губа зева захвачена пулевыми, низведена, своды влагалища и шейки вытерты „вытиралкой“, смоченной раствором сулемы, обсушены сухой ваткой, шейка и цервикальный канал смазаны иодом.



Рис. 39. Набор расширителей Hegar'a.

Расширение начато с расширителя № 4 по Hegar'у. Начиная с № 8 ощущается эластическое сопротивление внутреннего зева. Без затруднений шейка расширена до № 12. В матку введена большая, тупоконечная кюретка. Уже после нескольких цугов большая часть плодного яйца низведена в шейку. Тут оно захвачено абортцангом и выведено наружу. Меньшей кюреткой стенки маточной полости обойдены систематически. Кровотечение небольшое. Появился повсюду скрип, матка хорошо сократилась. Полость матки протерта иодом. Пулевые сняты, зеркало вынуто. Под кожу живота впрыснут 1 см^3 10% раствора эрготина. Операция продолжалась 8 минут. Больная перенесена в палату.

Положен лед на живот. Вечером температура 37°. Пульс 80. Первые 3 дня больная получала экстракт спорыньи по 20 капель 3 раза в день. Выделения в первые сутки были серозно-кровянисты, во вторые сутки серозны, еле окрашены. На третьи сутки больная встала, на четвертые выписалась здоровой.

Интерес случая. Молодая повторнобеременная поступила в клинику для производства искусственного аборта. Беременность 2-месячная. Противопоказаний к операции выскабливания не обнаружено. Влагалищная флора — первой степени чистоты. Без наркоза после расширения шейки до № 12 по Hegar'у произведено выскабливание. Послеоперационный период без осложнений.

В настоящее время искусственный аборт представляет собою самую частую операцию на половом аппарате женщины. Вследствие легализации аборта вопрос техники его актуален для каждого начинающего врача-гинеколога. Понятно, что врачу-гинекологу следует изучить технику операции и знать те многочисленные осложнения, которые могут встретиться во время производства операции и после нее. Интересующихся отсылаю к книге Л. В. Ульянского „Операция искусственного аборта, техника, осложнения и опасности“ (Ленинград, Госмедиздат, 1929). Не подлежит сомнению, что эта операция далеко не безопасна, особенно у первобеременных, у которых следовало бы ее вовсе избегать. Внимательный подбор случаев в смысле срока беременности, тщательный учет противопоказаний, безупречная техника, должный и достаточно продолжительный послеоперационный уход несомненно понизят число осложнений, процент заболеваемости и смертности до возможного минимума.



Рис. 40. Способ введения расширителей Hegar'a.

Случай 15-й.

Ф. З., 20 лет (№ приемного журнала 7920), поступила в больницу 4 июня 1925 г. для прерывания беременности.

Б. живет половой жизнью 1½ года, ни разу не беременела. Последние регулы — 22 февраля. Давно страдает туберкулезом позвоночника, в марте 1925 г. перенесла остеопластическую операцию Albee; нуждается в длительном ношении ортопедического корсета, без которого ходить не может. Корсет может быть наложен лишь после прерывания беременности. Так гласило препроводительное отношение.

Б. — бледная, истощенная женщина. Через брюшные покровы прощупывается беременная матка, соответствующая 4 месяцам беременности. При осмотре спины обнаружено 2 операционных рубца, один по линии позвоночника на уровне лопаток, другой — сбоку на грудной клетке (операция Albee).

Показан ли искусственный аборт?

Решение этого вопроса находится вне пределов нашей компетенции. Запросим же авторитетного хирурга. Проф. С. С. Гирголав находит, что в настоящее время туберкулезный процесс в позвоночнике затих, но что он, под влиянием беременности и связанных с последней статических изменений в позвоночнике, может легко вспыхнуть. Прерывание беременности безусловно показано, тем более, что необходимо длительное ношение ортопедического корсета.

Итак, перед нами задача прервать 4-месячную беременность у первобеременной женщины, значительно ослабленной длительным туберкулезным поражением скелета.

Какой метод можно будет предложить в данном случае?

1. Введение бужа—метод, связанный с наименьшей травмой.
2. Метрейриз, после чего ручное удаление плодного яйца.
3. Выскабливание после предварительного расширения шейки.
4. Расширение шейки дилататорами и ручное удаление плодного яйца в один сеанс.
5. Тампонада нижнего сегмента.
6. Абдоминальное малое кесарское сечение со стерилизацией или без нее.
7. Влагалищное кесарское сечение.

Казалось бы, мы стоим перед простой задачей—сделать 4-месячный аборт, а предложений целых семь.

1. Введение бужа—несомненно метод простой, но далеко не безопасный. Мы не знаем, как матка будет реагировать на инородное тело, лежащее в ее полости. Скоро ли наступят схватки? Буж может пролежать известное время и не вызвать схваток, за это время он будет способствовать восходящей инфекции. Кроме того—буж далеко не безопасный инструмент. Недаром же в литературе описан большой ряд случаев прободения стенки беременной матки бужом. Я полагаю, что введение в матку бужа как метод производства искусственного выкидыша должно быть принципиально отвергнуто. К сожалению, искоренить буж не удастся, так как он является излюбленным методом, к которому прибегают специалисты по преступным абортам. Из рук же врачей буж должен исчезнуть навсегда.

2. Метрейриз. Метод научный и имеющий свои достоинства. Известно, что при производстве искусственных преждевременных родов он является методом выбора. Но будет ли метрейриз уместен в нашем случае? Большой, мощный метрейринтер не введешь в 4-месячную матку. Маленький баллон может пролежать и полсуток и сутки, не вызывая сократительной деятельности матки. Дело может затянуться, особенно у первобеременной и наступить восходящая инфекция. Мы не должны рисковать у больной, уж и без того ослабленной длительным туберкулезным процессом.

Совершенно справедливо против метрейриза высказывается и прив.-доц. *Живатов* (Одесса, 1928) и отмечает недостатки метрейриза: 1) слишком большая продолжительность вмешательства (в среднем 47,2 часов), 2) неверное действие: только в $\frac{2}{3}$ случаев достаточно одного метрейриза, 3) необходимость прибегать к другому вмешательству, 4) повышение температуры выше 37,4 в $\frac{2}{3}$ случаев уже во время метрейриза, в $\frac{1}{3}$ случаев после операции, и 5) смертность 27%.

3. Выскабливание после расширения шейки. Операция выскабливания, получившая столь необычайно широкое распространение, является методом выбора для прерывания беременности в первые $2\frac{1}{2}$ месяца беременности. Лишь очень опытная рука может позволить себе сделать выскабливание

во второй половине 3-го месяца беременности. Позже 3 месяцев я считаю выскабливание абсолютно недопустимым. Тут расширение шейки металлическими расширителями легко может повести к тяжелым травмам нижнего сегмента матки, к прободению стенки матки со всеми роковыми последствиями перфорации.

4. Расширение шейки с последующим ручным удалением плодного яйца также должно быть отвергнуто. Для того, чтобы можно было ввести палец в полость матки, шейка должна быть расширена не менее чем до № 17 Негар'овских расширителей. Подобное расширение далеко не безопасно у первобеременной с ее ригидными тканями. И тут мы рискуем травмой. А посему мы отказываемся и от этого предложения, как грубого и нехирургического.

5. Тампонаду как метод искусственного прерывания беременности я отверг в предыдущей беседе. Здесь укажу, что и Г. К. Живатов высказывается решительно против тампонады нижнего сегмента. Продолжительность вмешательства—75,5 часов; только в 39,3% случаев выкидыш наступал спонтанно, в 2/3 случаев требовались дополнительные операции; в 90% случаев температура повышалась выше 37,4, смертность достигала 3,6%.

6. Малое кесарское сечение—несомненно наиболее хирургический метод искусственного аборта. И если бы в нашем случае нужна была стерилизация, мы бы не задумались приступить к абдоминальной операции. Полная асептичность, быстрота, наименьший риск—все говорит в пользу малого кесарского сечения. Но стерилизация не показана. Больная надеется, поправившись, забеременеть и родить ребенка. Производить же малое кесарское сечение без обеспложивания—нет достаточных оснований. Как бы благоприятно ни было предсказание, все же это чревосечение, и подвергать ослабленную длительным туберкулезным процессом больную риску чревосечения мы не должны.

7. Остается влагалищное кесарское сечение. Операция хирургическая, производимая быстро, *ad oculos*, без грубого расширения шейки вслепую, не сопряженная со вскрытием брюшной полости. Ей мы должны отдать предпочтение.

Еще в 1913 г. Селицкий высказался в том смысле, что при заболеваниях, требующих особенно бережного отношения к больной (туберкулез, нефрит), *hysterotomia vaginalis anterior* предпочтительнее всех других способов искусственного прерывания беременности.

12 июня мы приступили к операции. Под наркозом (CHCl_3), после тщательной дезинфекции наружных частей и влагалища (спиртом и иодом) введены зеркала, влагалищная часть захвачена двумя парами пулевых (по бокам) и низведена. Шейка расширена Негар'ами до № 15. В матку введен малый баллон Вауп'а, в него влито 100 см³ физиологического раствора. На передней стенке влагалища сделан разрез в виде опрокинутой буквы Г (1), причем продольный разрез начал отступая на поперечный палец от наружного отверстия мочеиспускательного канала, поперечный разрез шел по влагалищной части, сантиметра на 2 выше наружного зева. Края продольного разреза отсепарованы от подлежащих тканей вбок. Указательным пальцем, обернутым куском марли, мочевой пузырь легко отслоен от шейки, в чем можно было легко убедиться,



Рис. 41. *Hysterotomia vaginalis anterior*.

введя мужской катетер в пузырь. Отслоенный пузырь взят на подъемник, после чего обнажилась передняя стенка шейки и нижнего сегмента матки. При потягивании за кишку баллона передняя стенка шейки рассечена прямыми ножницами от наружного зева вверх до переходной складки по средней линии. По рассечении внутреннего зева баллон извлечен (рис. 41). Сняты пулевые щипцы, вынуты зеркала. 2 пальца введены в полость матки, разорван плодный пузырь, плодик захвачен за ножку и извлечен до головки.



Рис. 42. Hysterotomia по Strassmann'у.

Последняя оторвалась. Снова введены в матку 2 пальца и извлечен послед; вслед за ним вышла и головка. Снова введены зеркала, шейка низведена пулевыми. Появившееся атоническое кровотечение остановлено двукратным подкожным впрыскиванием по 2 см³ sol. ergotini. Большой тупой кюреткой удалены остатки deciduae. Приступлено к зашиванию ран. Край рассеченной шейки захвачены пулевыми и наложен непрерывный катгуттовый шов начиная от верхнего угла раны (область внутреннего зева) до наружного зева. Вторым непрерывным швом зашита продольная рана влагалищной стенки. На поперечный разрез слизистой влагалищной части — несколько узловых швов. Как полость матки, так и влагалищная рана смазаны иодом.

Большая перенесена в палату, на живот положен мешок со льдом.

Операцию больная перенесла хорошо. Послеоперационный период — без осложнений. С пятого дня назначены влагалищные спринцевания слабым раствором сулемы. На восьмой день осмотр помощью зеркал: выделения серозно-кровянистые. Влагалищная I-образная рана зажила линейным рубцом.

Кстати укажу, что за последнее время мы применяем при влагалищном кесарском сечении дугообразный разрез передней стенки влагалища по Strassmann'у (рис. 42). Этот разрез допускает очень легкую и удобную отсепаровку пузыря кверху.

Интерес случая. У истощенной, страдающей туберкулезом позвоночника первобеременной показано искусственное прерывание 4-месячной беременности. Из всех методов признан наиболее целесообразным hysterotomia vaginalis, каковая и произведена с полным успехом.

Случай 16-й.

М. И. Е., 28 лет (№ приемного журн. 8603), поступила в больницу 22 июня 1925 г. для производства искусственного аборта.

Согласно свидетельству туберкулезного диспансера, Е. страдает туберкулезом легких (Турбан I субкомпенс.) и нуждается в немедленном прерывании беременности. Подовой жизнью живет 2 года; родов не было, в 1923 году был искусственный аборт. Последних регул не помнит. Через брюшные покровы определяется беременная матка, по величине соответствующая 3 месяцам беременности.

Половые части без изменений; из влагалища обильные гноевидные истечения. Шейка не рожавшая. Матка в anteversio, беременная несколько больше 3 месяцев. Бактериоскопически выделения обнаружили обильную кожную флору (4-я степень чистоты).

Итак показано прерывание беременности.

На каком методе остановиться?

1. Полное удаление матки, принимая во внимание туберкулез легких.
2. Малое кесарское сечение.
3. Влагалищное кесарское сечение в одной из его модификаций.
4. Обычное выскабливание.

Раньше, чем решиться на тот или иной метод операции, мы должны себе уяснить, что мы хотим достичь операцией? Только ли удаления плодного яйца или и стерилизации, или же удаления матки с яйцом, но с сохранением придатков?

1. Действительно для тяжелых форм туберкулеза легких, в которых требуется одновременно обеспложивание женщины, *Bumm*'ом предложено полное удаление матки с придатками. В свое время *Martin* сообщил о хороших результатах этой операции. Есть предложение *v. Bardeleben*'а при туберкулезе легких производить клиновидное иссечение тела матки, с удалением по возможности всего плацентарного места. При таких же серьезных показаниях уместна и операция *Riesk*'а, т. е. трансперитонеальная суправагинальная вагинальная ампутация матки.

У нашей больной показаний к одному из перечисленных серьезных вмешательств нет. По мнению терапевтов больная может под влиянием санаторного лечения поправиться и в дальнейшем рассчитывать на материнство.

2. Обычное выскабливание. Я уже высказывался в том смысле, что выскабливание есть метод выбора для производства аборта до 2½ мес. Позже этого срока операция становится весьма опасной и лично я при 3-месячной беременности ее отклоняю. К этим соображениям в нашем случае присоединяется еще одно обстоятельство. Мы нашли у нашей больной обильные гнойные выделения, содержащие множество кокков (4-я степень чистоты). Понятно, что расширяя шейку дилаторами, мы рискуем занести инфекцию из шейки в полость матки, мы рискуем септическим заболеванием. Может быть лучше отложить операцию недели на 2 и энергичным лечением устранить патологические выделения? Но тогда уже подавно нельзя будет делать выскабливание беременность будет 3½ мес.

3. Малое кесарское сечение. Признаться, я склонен был остановиться на этом методе и предложил больной „операцию через живот“. Больная категорически отказалась от чревосечения.

4. Остается влагалищное кесарское сечение в одной из его модификаций.

Считаясь с весьма значительным загрязнением шеечно-влагалищных выделений, я счел обычную *hysterotomia vaginalis anterior* (*Dührssen-Vienn*) противопоказанной. Ведь и здесь необходимо расширение шейки или введение баллона в матку, что несомненно могло бы повести к занесению инфекционного начала в полость матки.

Миновать инфицированную шейку мы можем, делая операцию, предложенную в 1910 году *Dützmann*'ом, или похожую на нее операцию проф. Какушкина, которую он называет *sectio caesarea vaginalis vera*. Оба автора предлагают вскрывать влагалищным путем полость матки лишь в области ее тела. Для этого, после разреза передней стенки влагалища и отслойки пузыря, вскрывается широко брюшная полость в области переходной складки, передняя поверхность тела матки на большем или меньшем протяжении обнажается и рассекается по средней линии выше внутреннего зева. По опорожнении матки, стенка ее зашивается; если показана стерилизация, матка извлекается через кольпотомическую рану для иссечения труб. В заключение брюшная полость и влагалищная рана зашиваются. Преимущество своей операции проф. Какушкин видит в облегчении и ускорении опорожнения беременной матки („нет ни длинного пути, ни тесноты пространства, и полость матки все время находится перед глазами обнаженною“). Второе преимущество его способа: матка ранится и уродуется в наименьшей степени.

Недостатком операции является несомненно необходимость широко вскрывать брюшную полость. Это обстоятельство и побудило нас отказаться от нее в нашем случае.

Для случаев аборта, в которых с одной стороны весьма желательно не вскрывать брюшной полости, с другой — путь через шейку сам по себе не лишен опасности, весьма пригодным является метод опорожнения матки, предложенный *Heinsius*'ом в Германском акушерском обществе в 1923 году.

Операция *Heinsius*'а заключается в следующем: по низведении шейки проводится продольный разрез через переднюю стенку влагалища по средней линии и оба лоскута ее отсепааровываются в стороны. Пузырь отслаивается от передней поверхности матки кверху. Переходная складка брюшины также отслаивается от матки, что удаётся довольно легко, благодаря имеющемуся при беременности разрыхлению тканей. Отслоив таким образом, брюшину и приподняв ее подъемником, мы видим в глубине раны перехват внутреннего зева и на большем или меньшем протяжении нижний сегмент матки. Тогда мы рассекаем по средней линии внутренний зев и нижний сегмент, по возможности выше, захватываем пулевыми щипцами края раны справа и слева и, разводя их, получаем доступ в полость матки. В рану обычно выпячивается плодное яйцо, которое удаляется тем или иным способом, смотря по сроку беременности. По опорожнении матки, окошко в матке зашивается, подъемник извлекается, и пузырь опускается вниз. Закачивается операция зашиванием влагалищной раны.

Heinsius сообщил о 3 случаях, оперированных по его способу. В первых двух случаях дело касалось криминального аборта с инородным телом в полости матки. В третьем он решился на свою операцию в силу имевшейся гонорреи.

Впервые операция *Heinsius*'а в России произведена мною, и 2 первых случая описаны в моей статье „*Hysterotomia vaginalis extraperitonealis modo Heinsius*“, напечатанной в Сборнике трудов, посвященных проф. *Л. Л. Окунчику* (ноябрь 1924 г.).

В январе 1925 г. проф. *Д. О. Отт* предложил эту операцию, независимо от *Heinsius*'а, и назвал ее *sectio caesarea extraperitonealis per vaginam*.

Упомяну, что на VI Всесоюзном съезде акушеров в Москве (1924 г.) *Ю. А. Лейбчик* (Казань) сообщил об 11 случаях операции *hysterotomia vaginalis anterior*, произведенной по предложенному им методу: после низведения влагалищной части цервикальный канал расширяется бужами *Neaga*'а до № 10. Не вынимая последнего бужа, вскрывается передний свод полунлунным разрезом, отсепааровывается тупо мочевого пузыря и *plica vesicovaginalis* отодвигается возможно выше. После того, как отсепаарованный пузырь поднят подъемником, над введенным расширителем шейка выше прикрепления свода разрезается скальпелем, расширитель извлекается и разрез шейки удлиняется ножницами, проходя через внутренний зев и захватывая часть нижнего сегмента матки. Получается доступ в матку, достаточный для прохождения двух пальцев. По опорожнении матки тем или иным способом следует зашивание разреза шейки узловыми кэтгутowymi швами и закрытие раны переднего свода.

Разницу между изложенной операцией Лейбчика и обычной *hysterotomia Vithn*'а я усматриваю лишь в том, что при первом методе остается нерассеченной влагалищная часть шейки матки. В результате получается лучший косметический эффект, в то время как после обычной *hysterotomia* нередко шейка заживает вторичным натяжением, передняя губа влагалищной части остается развороченной, а цервикальный канал зияющим.

Важного преимущества операции *Heinsius*'а — занесения содержимого шейки в полость матки — операция Лейбчика лишена: тут шейка расширяется *Neaga*'ами и рассекается над лежащим в матке расширителем.

В этом обстоятельстве я усматриваю всю прелесть операции *Heinsius*'а: мы создаем себе доступ в полость матки минуя цервикальный канал,

что важно в случаях гонорреи шейки или заселения ее другими патогенными микробами. *Зарницкий* (Одесса 1928), на основании своего опыта (8 случаев), полагает, что операция по Heinsius'у показана при прерывании беременности от 3 до 5—5½ мес., причем ей должно быть отдано предпочтение перед другими способами искусственного опорожнения матки.

Принимая во внимание срок беременности, наличие гнояных выделений, отказ больной от малого кесарского сечения, я и остановился на операции Heinsius'a, как наиболее целесообразной в данном случае, и 25 июня мы приступили к операции.

Под общим наркозом (НСI₃) влагалище дезинфицировано раствором сулемы, спиртом и смазано йодом. Шейка низведена пулевыми, и передняя стенка влагалища рассечена по средней линии, отступя на поперечный палец от наружного отверстия уретры почти до наружного зева. Края влагалищной раны, взятые на зажимы, туго отсепарованы от подлежащих тканей. Пузырь легко отсепарован кверху тупым путем, брюшина переходной складки отслоена от матки возможно выше. Пузырь и переходная складка приподняты подъемником. Передняя стенка матки скальпелем рассечена от внутреннего зева вверх на 4 см (рис. 43). Через это окошко очень легко абортангом удалены плод и послед. Decidua удалена большой тупой кюреткой, полость матки протерта подом. На окошко в матке наложено 4 катгутových шва, на влагалищную рану—непрерывный катгутотый шов.

Больная перенесла операцию хорошо. Температура выше 37° не поднималась. Выделения отходили вполне хорошо, шейка ведь расширена не была. Осмотр на 6-й день убедил нас в том, что влагалищная рана зажила первичным натяжением.

Интерес случая. Беременная около 3 месяцев женщина нуждается в прерывании беременности. Единственно приемлемым методом операции оказался влагалищный путь, но без вскрытия брюшной полости и без расширения цервикального канала.

В заключение скажу, что на основании своего опыта и после 4 случаев, оперированных по Heinsius'у, могу повторить выводы, которые я изложил в ноябре 1924 г.

1. Опорожнение матки, особенно при искусственном аборте позже 2½ мес., путем выскабливания — операция далеко не безопасная.

2. При одновременных серьезных показаниях к стерилизации ее можно заменить полным удалением матки (по Bumm'у), клиновидной эксцизией тела матки по v. Bardeleben'у, малым кесарским сечением, а также операциями Rieck'a, Dützmann'a и Какушкина

3. Если же стерилизация не показана, то в нашем распоряжении метрейриз, hysterotomia anterior modo Bumm, модификация ее по Лейбчику и метод Какушкина (без стерилизации).

4. Нередки случаи, в которых с одной стороны вскрытие брюшной полости нежелательно, с другой стороны путь через цервикальный канал опасен (инфекция, гоноррея шейки, инородные тела в матке). Тут операцией выбора следует признать внебрюшинное влагалищное сечение нижнего сегмента матки — hysterotomia vaginalis extraperitonealis modo Heinsius.

5. Операция Heinsius'a технически довольно проста, строго хирургична, не уродует органа и сопровождается небольшой потерей крови.

6. До которого месяца беременности она допустима, покажут дальнейшие наблюдения.



Рис. 43. Операция Heinsius'a.

Случай 17-й.

Е. К. Т., 35 лет (№ приемного журнала 7622), поступила в клинику 19 апреля 1926 г. для прерывания беременности по медицинским показаниям.

Анамнез: первые регулы с 17 лет, приходят через $3\frac{1}{2}$ недели, идут по 3—4 дня, без боли, необильны. Половой жизнью живет 13 лет. Рожала 2 раза, роды и послеродовые периоды без осложнений. Последние роды были 2 года назад. Ребенок прожил год и умер от туберкулезного менингита. В прошлом году перенесла искусственный аборт по причине туберкулеза легких. Уже несколько лет страдает временами обостряющимся „воспалением придатков“. В 1919 году заболела кровохарканием. С тех пор находится под наблюдением терапевтов, находящихся у нее туберкулез легких. После смерти сына (в течение последнего года) сильно похудела, часто потеет, кашляет, за последние $1\frac{1}{2}$ месяца начала измерять температуру: по утрам температура нормальная, к вечеру повышается до $37,6—38^{\circ}$. Последние регулы 8 февраля. Больная — брюнетка, высокого роста, правильного телосложения, резко ослабленного питания. Цвет кожи сероватый. Слизистые оболочки бледные. Пульс 96, несколько неровный. Границы сердечной тупости в пределах нормы. В обеих легочных верхушках жесткое дыхание с бронхиальным оттенком, более выраженным справа, тут же мелкие хрипы. Жесткое дыхание по всему правому легкому. Перкуторный тон притуплен над всей верхней долей правого легкого. В моче кроме следов белка ничего патологического. Живот впалый, дряблый, безболезненный. Per vaginam: выделения слизистые, синюшность входа, шейка рожавшая, зев закрыт, щелевидный. Матка в антефлексии, округлая, размягченная, величиною соответствует 2 месяцам беременности. Придатки по видимому без изменений.

Скорость оседания эритроцитов (реакция Fahgäus'a) — 2 часа.

Что предпринять?

1. У больной активный туберкулез легких. Беременность должна быть прервана. В виду раннего ее срока показано выскабливание.
2. Выскабливание нерационально. В виду серьезности туберкулезного процесса требуется стерилизация.

Несомненно: беременность должна быть прервана. Уже давно больная страдает легочным туберкулезом. Последнюю беременность пришлось прервать. Ребенок умер от менингита. Это событие чрезвычайно потрясло нашу пациентку. Наступило ухудшение. Я знал ее цветущей молодой женщиной, теперь она истощенная страдалница. Наступила опять беременность и вместе с тем стало прогрессировать исхудание, появились поты, температура стала повышаться каждый вечер. Из жизненных показаний мы должны прервать беременность, но как? Вы предлагаете сделать выскабливание. Технически оно будет легко выполнимо: беременность 2-месячная. А дальше? Больная уже перенесла один раз искусственный аборт путем выскабливания. Она в скором времени опять забеременеет, процесс еще обострится. Вы опять ей сделаете выскабливание и т. д. и т. д. Не всегда возможно провести предохранительные от беременности меры. Опыт учит, что они ненадежны. В таком серьезном случае, как наш, мы не должны рисковать здоровьем нашей больной, мы должны ее оградить от повторных беременностей и связанных с ними ухудшений основного процесса. Мы должны произвести стерилизацию. Эту точку зрения разделил и приглашенный на консультацию опытный терапевт.

Какое же вмешательство тут будет наиболее рационально?

1. Можно сперва сделать выскабливание и в дальнейшем стерилизовать путем чревосечения.
2. Лучше оперировать одномоментно, причем или через влагалище или per laparotomiam.

Слов нет, можно предложить нашей больной выскабливание с тем, чтобы она, оправившись от операции, поступила вторично для стерилизации. Такой образ действий нельзя считать безупречным. Бывали случаи, когда больные по разным причинам откладывали вторичное поступление на более или менее продолжительный срок и являлись к нам с новой беременностью. Далее я не вижу надобности оперировать больную два раза, если ее можно оперировать 1 раз. Учтите и наркоз, и повторную психическую травму (вторичная операция всегда плохо действует на психику больных) и число больничных дней. Вы придете к выводу, что рациональнее оба вмешательства (аборт и стерилизацию) соединить вместе и оперировать одновременно. Но как оперировать: влагалищным путем или путем чревосечения? Тут я должен сказать, что имеется целый ряд методов операций, методов то более, то менее радикальных, частью получивших широкое распространение, частью редко применяемых. Самым радикальным методом является предложенное *Bumm*'ом для тяжелых форм туберкулеза легких, полное удаление беременной матки вместе с придатками. Тут удаляется не только матка, но и производится полная кастрация, причем последующему за кастрацией ожирению придается терапевтическое значение.

Мысль *Bumm*'а встретила сочувствие. Так *G. Martin* сообщил в свое время о хороших результатах этой операции. Конечно, решаясь на эту операцию, врач должен учесть и теневые стороны метода, как явления выпадения, отсутствие менструации в дальнейшем (психический момент).

Есть предложение несколько менее радикальное. Недавно *Baldwin* (1923) горячо рекомендовал экстирпацию матки, но с сохранением придатков (также при туберкулезе легких). Интересно, что он эту операцию применял не только при беременности, но в двух случаях даже на матке не беременной—профилактически. *Stöckel* (1925) также рекомендует при туберкулезе легких как типическую операцию—экстирпацию матки через влагалище под местной анестезией с сохранением яичников.

Уместна также и операция *Rieck*'а (1909), т. е. трансперитонеальная суправагинальная вагинальная ампутация матки. При этом способе производится передняя кольпотомия, тело матки вывихивается во влагалище как при *interpositio uteri vesico-vaginalis* по Александрову-Schauta-Wertheim, и, по закрытии брюшной полости пришиванием брюшины пузыря к задней поверхности шейки матки, тело ее ампутируется надвлагалищно.

v. Bardeleben (1911) предлагает при туберкулезе легких клиновидное иссечение тела матки, с удалением по возможности всего плацентарного места.

До 4-го месяца беременности он оперирует через влагалище (40 случаев), начиная с 5-го месяца—путем чревосечения (8 случаев). Смертельных исходов не было. При вагинальном методе матка выводится во влагалище через переднюю кольпотомическую рану, придатки перевязываются и отсекаются, и, после перевязки маточных артерий, из тела матки иссекается мощный поперечный клин, обнимающий все дно и часть тела матки.

По удалении плодного яйца усеченная матка поперечно зашивается и фиксируется, как при *interpositio*.

Аналогично *v. Bardeleben* поступает и при операции *per abdomen*. Преимущество своей *Korpusexzision* перед полным удалением матки он видит в сохранении полового чувства, в сохранении менструации, которая становится очень скудной, что особенно выгодно при туберкулезе.

Dützmänn сообщил на конгрессе в Кенигсберге и на V Международном съезде в Петербурге (1910) о своем методе: *einzeitiger Abort und Sterilisation*. В 1913 г. в журнале «Акушерства и женских болезней» он подробно описывает свою операцию, а в январе 1924 г. в „*Monatsschrift für*

"Geburtshilfe und Gynäkologie" он дает отчет о 96 оперированных случаях без осложнений и смертности.

Dützmann проводит продольный разрез через переднюю влагалищную стенку, как при обычной кольпотомии, отсепаровывает влагалище и отодвигает пузырь кверху. Беловатая *plica vesico-uterina* отчетливо видна на темно-синем фоне беременной матки. По вскрытии ее матка низводится насколько возможно пулевыми щипцами, и полость матки вскрывается продольным разрезом длиной, 2—3—4 см вверх от *os uteri inferum*. По разведении краев раны полость матки опорожняется, *decidia* высклабливается и рана зашивается. За сим матка вывихивается, производится стерилизация труб по *Asch'u*, и в заключение матка вагино-везико-фиксируется. Достоинство своего метода *Dützmann* видит в малой потере крови, малой опасности, ничтожном калечении органов и в надежности стерилизации.

Weibel (Вена 1926) считает методом выбора *hysterotomia anterior* (под люмбальной анестезией), опорожнение матки, вскрытие переднего дугласа, эксцизию или резекцию труб. Яичники оставляются.

Далее имеется аналогичное предложение проф. *Какушкина*.

Автор убедился в ненужности и даже вредности рассечения шейки при операции влагалищного кесарского сечения и опорожняет матку, вскрывая влагалищным путем полость матки лишь в области ее тела. Ход операции у него таков: матка низводится пулевыми щипцами. В передней сводке влагалища делается поперечный или 1-образный разрез и отслаивается от матки пузырь. Затем вскрывается брюшная полость (обязательно). Мочевой пузырь оттесняется широким подъемником, вследствие чего обнажается передняя поверхность беременной матки на большом протяжении. По средней линии тела матки делается линейный разрез (над внутренним зевом), и края образовавшегося разреза захватываются двузубцами. Пулевые щипцы с шейки матки снимаются, и рана передней стенки матки подтягивается двузубцами к влагалищному просвету. Затем, отчасти ножом, отчасти ножницами, разрез в стенке матки увеличивается по направлению к дну ее, и введенными в полость матки 2—3 пальцами извлекается сначала плод, а затем и послед. Разрез стенки матки зашивается обычным порядком, для чего рана подтягивается к просвету влагалища. Закрытую рану можно обособить от брюшной полости, пришиванием пузырьного брюшинного листка выше раны к дну матки; часто автор не видит в этом надобности. Одновременно делается стерилизация путем резекции труб.

Проф. *Какушкин* произвел эту операцию в 3 случаях, во всех показания были социальные.

Преимущество своей операции, которую он называет *sectio caesarea vaginalis vera*, проф. *Какушкин* видит в облегчении и ускорении опорожнения беременной матки. Второе преимущество его способа: матка ранится и уродуется в наименьшей степени.

В перечисленном ряде методов есть операции и влагалищные и брюшностеночные. Нет сомнения, что влагалищные методы технически сложнее, и при беременности 3—4 месяцев могут представить значительные трудности. И действительно мы видим, что за последние 14 лет все большее и большее число последователей приобретает абдоминальный путь прерывания беременности с одновременной стерилизацией. Преимущество его заключается в том, что каждый момент операции происходит под контролем глаза, в силу чего исключаются столь опасные травматические повреждения; остановка кровотечения может быть проведена более совершенным образом, наконец и продолжительность операции значительно меньшая, чем при методах вагинальных. *Sellheim*, один из поборников абдоминального метода, справедливо указывает на трудность доступа к трубам и извлечения беременной матки при влагалищных методах, осо-

бенно при поздних стадиях беременности. Кроме того, часто наблюдается значительное кровотечение; опасность инфекции больше, чем при чревосечении.

В 1912 г. впервые мы находим в литературе сообщение *Walthard'a* о прерывании беременности со стерилизацией *per laparotomiam*. Он делал срединный разрез передней стенки матки, удалял плодное яйцо, зашивал матку и тут же стерилизовал путем резекции труб. *Sellheim* подробно разработал технику этой операции, получившей название малого кесарского сечения (*Kleiner Kaiserschnitt* или *Prinzenschnitt*). Его техника такова: после вскрытия брюшной полости, тело матки рассекается или продольно по передней (или задней) поверхности, или же лучше поперечно по задней поверхности дна матки от трубы к трубе на протяжении 3—4 см. Плодное яйцо удаляется пальцем, пальцем же или тупфером („вытиралкой“) полость матки очищается от *decidua*. После этого, по *Sellheim'u*, цервикальный канал сверху расширяется дилататорами *Neega'a*, сверху же из полости матки проводится во влагалище тампон. Поперечный разрез в дне матки удлиняется за трубные углы, маточные концы труб резецируются. После остановки кровотечения рана матки зашивается двухэтажным швом. Последующие авторы вносили те или иные видоизменения в технику операции. Почти все отказались от введения тампона, считая его совершенно лишним, а может быть и вредным. Большинство рассекает матку продольно по передней поверхности, что несомненно рациональнее разреза по задней стенке, так как тут могут образоваться сращения с теми или другими органами (кишки, сальник). Другие (*Dörfler*) делают поперечный разрез над шейкой матки или даже рассекают матку экстраперитонеально после отсепаровки пузыря (*Vogt*). Наконец *Franz*, как видно на великолепных цветных снимках в его труде „*Gynäkologische Operationen*“, ведет разрез по средней линии через дно матки.

У нас в России удаление плодного яйца через разрез матки при чревосечении впервые произведено покойным *В. Г. Бекманом* в Обуховской больнице (Ленинград). Я имел счастье ассистировать *В. Г.* на этой операции. Больная доставлена со сквозным прободением матки, произошедшим при попытках к аборту. Немедленно было произведено чревосечение. *В. Г.* рассек матку исходя из прободного отверстия, удалил плодное яйцо, выскоблил матку кюреткой и, протерев ее полость иодом, зашил матку узловыми швами.

Вы увидите в дальнейшем, что и мне несколько раз пришлось в аналогичных случаях оперировать таким же образом.

Прерывание же беременности со стерилизацией (собственно малое кесарское сечение) на русской почве введено проф. *К. К. Скробанским*. Он оперирует так: больная в положении *Trendelenburg'a*. Проводится небольшой разрез по *Pfannenstiel'ю* на расстоянии 5—6 см. После отграничения брюшной полости марлевыми компрессами от полости малого таза, матка у ее углов осторожно захватывается мышинными щипцами и выводится в рану так, что дно матки устанавливается длинником в рану и плотно к ней прижимается. Затем по дну матки проводится разрез длиной не более 3—4 см. По вскрытии полости матки плодное яйцо пальцем удаляется целиком, а остатки *decidua* тщательно выскабливаются большой кюреткой. После удаления плодного яйца, матка, вследствие своей дряблости, может быть выведена в рану на половину своего длинника и таким образом последующее выскабливание кюреткой идет на глазах и дальнейшее зашивание полости матки не представляет затруднений, в виду хорошего доступа к ней.

После опорожнения матки и зашивания разреза следует приступить к стерилизации. Существует целый ряд методов стерилизующей операции.

О стерилизации путем удаления яичников (кастрация) я уже говорил: она была предложена совместно с экстирпацией матки *Witt*'ом при туберкулезе легких. В огромном большинстве случаев мы воздержимся от удаления яичников, не желая лишать больных, почти всегда молодых, яичников.

Стерилизующие операции производятся на трубах. Последние или вовсе удаляются или же тем или иным путем делаются непроходимыми. Простой перевязки труб недостаточно; как клинический опыт, так и эксперимент на животных учат, что просвет трубы может со временем восстановиться (реканализация) и может наступить беременность.

Петля трубы отщепляется крепким зажимом и перевязывается (*Madlener*) или же из трубы иссекаются соответствующие участки, т. е. производится резекция труб. В настоящее время именно резекция труб является наиболее распространенным методом стерилизации. Производится она различно: можно на протяжении трубы резецировать небольшой ее участок и обе культи, после перевязки их, погрузить между листками широкой связки. Чаще делаются резекции маточного конца трубы. *Franz* захватывает трубу у места отхождения ее от матки, иссекает начало ее клиновидно и отсекает его, кровоточащее раневое ложе обкалывает 2—3 швами культю трубы перевязывает и оставляет ее свободно смотрящей в брюшную полость. Этот способ стерилизации он считает наиболее верным (см. цветной снимок у *Franz*'а стр. 263).



Рис. 44. Культя трубы погружается.

Проф. *Скробанский* перевязывает трубы на середине их протяжения в двух местах и перерезает трубу между лигатурами, после чего маточный ее конец, сложенный вдвое, перевязывает той же ниткой и у задней поверхности матки прикрывает широкой связкой.

По мнению *К. К. Скробанского*, этот способ вполне надежен и позволяет избегать кровотечения.

Я поступаю несколько иначе: перевязываю трубу крепкой ниткой на расстоянии 1—1½ см от места ее отхождения от матки, ножницами иссекаю кусок трубы медиально от лигатуры до матки. Концы той же лигатуры вооружаются иглами, которые и проводятся через края брюшинной раны с обеих сторон. При завязывании узла культя трубы автоматически погружается в рану экстраперитонеально, причем просвет трубы приходится на 1—1½ см ниже интрамуральной части трубы. Выше у угла матки я накладываю еще 1—2 шва в целях остановки кровотечения и перитонизации. Таким образом резекция требует с каждой стороны 2, максимум 3 лигатуры.



Рис. 45. Круглые связки подтянуты.

В результате получается матка с тремя зашитыми ранами: по средней линии кесарская рана, по обе стороны на углах ее ранки от резекции труб.

На этом можно было бы закончить операцию. Обычно же к малому кесарскому сечению со стерилизацией я присоединяю укорочение круглых связок по видоизмененному мною способу *Latzko*. Техника этой операции явствует из прилагаемых рисунков (см. рис. 44—46).

Круглые связки на середине их протяжения захватываются с обеих сторон зажимами и за них подтягиваются кверху. Крепкая лигатура прово-

дится сперва под левую круглую связку спереди назад, этой же иглой прокалывается вещество матки в дне ее во фронтальном направлении и ею же наконец подхватывается правая круглая связка симметрично сзади наперед. При завязывании этого шва зажимы, лежащие на круглых связках, сближаются ассистентом, и петли круглых связок, прикасаясь друг к другу, пристегиваются к куполу дна матки. Дистальные колена круглых связок, тянущиеся теперь от дна матки к паховым кольцам, сшиваются одним или двумя швами на передней поверхности матки по средней, причем прихватывается вещество матки между кэтутовыми швами, лежащими на разрезе от кесарского сечения. В это время проксимальные колена круглых связок, образующие петлю, ложатся на места резекции труб, прикрывая их. В результате дно и передняя поверхность матки оказываются покрытыми круглыми связками и их брюшинными складками; все три зашитых раны совершенным образом перитонизированы: раны от резекции труб—сложившимися петлей проксимальными коленами, кесарская рана—дистальными коленами.

Образующиеся ниже кесарской раны между передней поверхностью матки и брюшинными складками боковые карманы ликвидируются наложением одного кэтутового шва.

Круглые связки, на середине их протяжения, захватываются с обеих сторон зажимами и за них подтягиваются кверху. Крепкая лигатура проводится сперва под левую круглую связку спереди назад, этой же иглой прокалывается вещество матки в дне ее во фронтальном направлении и ею же, наконец, подхватывается правая круглая связка симметрично сзади наперед.

Выгода этого способа укорочения связки заключается еще в том, что благодаря ему матке придается физиологическое наклонение кпереди, она навсегда остается в антефлексии.

Проф. Н. И. Кушталов (1928) отвергает все способы резекции труб или угла матки, находя их „практически несовершенными и не выдерживающими критики даже теоретической“. Недостатки этих методов Кушталов усматривает в том, что возможно восстановление просвета труб, а также образование гематосальпинкса, гидросальпинкса и пр. Способ, предложенный Кушталовым, состоит в том, что отсепаровываются трубы, обрезаются их фимбрии и сшиваются оба конца их так, чтобы между ними произошло сообщение. Тогда „получается круговорот для циркуляции жидкости из труб снова в полость матки“. Оба сшитые конца труб покрываются серозной оболочкой передней маточной стенки. В случае желанья возобновить возможность зачатия трубы вновь ставятся на свои места. В своей статье („Врачебная газета“, 1928, № 17) я отметил оригинальность идеи, лежащей в основе метода проф. Кушталова. Все же полагаю, что технически очень трудно, а может быть и невозможно, сшить трубы end to end так, чтобы образовался один ненарушенный канал.

Что же касается метода малого кесарского сечения, то Кушталов предпочитает цервикальное трансперитонеальное сечение „как дающее лучшую перитонизацию“.

В родах или в конце беременности методом выбора для меня является интраперитонеальное цервикальное (ретровезикальное) кесарское сечение. Исключение я делаю только для случаев предлежания последа. Другое дело при малом кесарском. Если оно, как в огромном большинстве случаев, сочетано со стерилизацией, то я делаю корпоральное сечение по передней стенке именно потому, что последующее укорочение круглых связок дает идеальную перитонизацию.

Сращений не будет, разрыва матки в родах бояться нечего, потому что родов не будет.

В тех же исключительно редких случаях, когда производится малое кесарское без стерилизации, я конечно предпочитаю ретровезикальный интраперитонеальный метод.

Итак в нашем случае мы остановились как на методе, наиболее соответствующем поставленной задаче, на одномоментной операции малого кесарского сечения с резекцией труб и антефиксацией по способу Lutzko-Гентер.

21 апреля в 10 час. утра приступлено к операции.

Под общим наркозом (хлороформ) после дезинфекции брюшных стенок иодбензином и иодом—разрез по Pfannenstiel'ю. Вскрыта брюшная полость, после чего больная переведена в положение Trendelenburg'a.

1. Матка выведена в брюшную рану и обложена полотенцем. Она оказалась увеличенной соответственно 2 месяцам беременности, мягкая, синюшная. Сделан разрез передней ее стенки по средней линии длиной в 4 см, вскрыта полость матки. Пальцем, введенным в полость матки, плодное яйцо отслоено и извлечено. Края разреза захвачены двумя парами пулевых и разведены. Полость матки высвобождена кюреткой, протерта „вытиралкой“, смоченной спиртом. Кровотечение небольшое. Разрез матки зашит 8 узловыми катгутowymi швами.



Рис. 46. Укорочение круглых связок закончено.

2. Резекция труб. Труба перевязана крепкой нитью отступая на 1—1½ см от угла матки. Участок трубы между лигатурой и маткой иссечен. На оба конца лигатуры приспособлены иглы и лигатуры проведены в обе стороны под края разреза. При завязывании лигатуры культя трубы погрузилась экстраперитонеально. На кровоточащий угол матки наложен 1 шов. То же сделано справа с той разницей, что на угол матки пришлось наложить всего 3 шва.

3. Укорочение круглых связок по Lutzko-Гентеру. Захваченные зажимами на середине их протяжения круглые связки подтянуты вверх к дну матки. Одной лигатурой, захватившей левую связку, дно матки и правую связку, обе связки фиксированы к дну; в момент завязывания узла зажимы сняты. Тянущиеся кпереди колена связок фиксированы к телу матки 2 швами, прикрывая собою разрез передней стенки. Пониже образовавшиеся брюшинные складки соединены друг с другом одним швом. Сложившиеся петлю (выключенные) участки круглых связок легли на место резекции труб. После этого видны лишь швы от антефиксации. Все три шита разреза покрыты связками и их брыжейками. В брюшную полость влито 60 см³ раствора риваноля (1:1000). Брюшная полость закрыта, непрерывный катгуттовый шов на брюшину, два узловых на прямые мышцы, узловых швы на апоневроз. На кожу 3 шелковых шва и серфины. Коллодийная повязка.

Продолжительность операции:—31 минута, расход хлороформа—20,0.

Операцию больная перенесла хорошо.

Послеоперационный период без осложнений. Температура по вечерам повышалась до 37,5, лишь один раз доходя до 37,8. Эти повышения, обычные у нашей больной, должны быть отнесены за счет легочного процесса. Пульс все время от 72 до 96 в минуту. Швы сняты на 7-й день. Первичное натяжение. Больная выписалась 4 мая, на 14-й день после операции.

Интерес случая. Больная, давно страдающая туберкулезом легких, поступает в клинику беременная около 3 месяцев. Так как легочный процесс обострился, принимается решение прервать беременность и обесплодить больную. Методом выбора признается одномоментная операция! малое кесарское сечение со стерилизацией путем резекции труб. Операция заканчивается укорочением круглых связок по способу Lutzko-Гентер. Больная поправилась.

Случай 18-й.

1 апреля 1922 г. в 23 ч. 30 мин. доставлена в больницу из одного уездного города губернии гр-ка Евг. К., 21 г. (№ приемного журнала 1828), с сопроводительной бумагой, в которой значилось: „Abortus, прободение матки, выпадение сальника“. Из анамнеза мы узнаем, что беременность первая, срока последней менструации больная указать не может. 30 марта акушеркой было произведено впрыскивание какой-то жидкости, после чего появились схваткообразные боли в животе и началось кровотечение.

Больная была доставлена в местную больницу, где 1 апреля утром приступлено было врачом к операции выскабливания, во время которой произошло прободение, после чего больная была перевезена в Ленинград.

Больная — молодая, цветущая женщина. Т° — 37,2. Пульс около 72 ударов в минуту, полный, живот не вздут, болезнен над лоном. Из влагалища торчит марлевый тампон.

Как бы вы поступили, получив такую больную под свое наблюдение?

1. Может быть никакого прободения нет. Ведь „у страха глаза велики“. А посему следует извлечь тампон, зондированием убедиться в наличии прободения и поступить соответственно.
2. В виду отсутствия перитонеальных явлений, вести больную строго консервативно, удалив тампон из влагалища.
3. Немедленно приступить к чревосечению, ибо лишь чревосечение даст возможность обнаружить повреждение внутренних органов. Матку обязательно удалить.
4. Немедленное чревосечение. Обнаружить и зашить все повреждение, матку сохранить в виду молодого возраста больной.

В данном случае решиться на тот или иной образ действий не легко. Начать с того — есть ли вообще прободение? Ведь известно, что иногда нелегко поставить диагноз прободения в момент перфорации. Чаше конечно врач, производящий выскабливание, не заметит случившегося прободения и будет продолжать операцию, могущую оказаться роковой. Но возможно, что врач поставит диагноз прободения, где его нет. При так называемом параллеле матки, когда матка внезапно расслабляется *ad maximum*, кюретка может уйти значительно глубже, чем за минуту до того. Получается полное впечатление прободения. Учтем то своеобразное психическое состояние врача, которое часто наблюдается тотчас же после случившегося несчастья, и мы поймем, что врач может ошибиться и распознать прободение матки, когда его фактически нет. Похож ли наш случай на такой? Вряд ли. Тут врач очевидно в достаточной степени убедился в перфорации, раз он извлек сальник. И раз он направил больную из уездного в губернский город, он был убежден в случившемся несчастье. Я полагаю посему, что входить инструментом в матку нет никакого основания. К тому же зонд, введенный в матку, может занести инфекционное начало в перфорационное отверстие.

А что полость матки инфицирована, в этом вряд ли может быть сомнение (впрыскивание акушеркой, выскабливание врачом, тампон, лежащий во влагалище уже более полусуток). Зондирование может принести только вред.

Предложение применить к нашей больной строго консервативную терапию несомненно заманчиво. Общее состояние хорошее, перитонеальных явлений нет, хотя уже прошло больше полусуток. Не подлежит сомнению,

что после прободения матки большая часть женщин лечится консервативно, и лишь значительно меньшая часть подвергается операции. Но можем ли мы быть спокойны за участь нашей больной? Ведь мы не знаем, были ли вслед за прободением прекращены все манипуляции, или может быть врач входил в матку и через прободное отверстие в брюшную полость аборт-цангом, корнцангом и т. п. и нанес те или иные повреждения кишкам, придаткам и т. д. Риск слишком большой, и если за сутки-двое разовьется картина общего острого перитонита, мы будем себя справедливо упрекать в неказании большой во-время помощи.

Итак, мы признаем случай слишком серьезным и жутким, чтобы итти на консервативное лечение.



Рис. 47. В перфорационное отверстие втянут сальник.

Чревосечение будет надежнее. Лишь по вскрытии живота мы увидим размеры травмы, мы сможем осмотреть все органы живота и оказать каждому из них нужное хирургическое пособие. Самый важный вопрос: как поступить с маткой? С одной стороны она несомненно орган наиболее травмированный, по всей вероятности уже инфицирована. Не лучше ли удалить этот очаг инфекции? С другой стороны напрашивается вопрос: нельзя ли сохранить молдой женщине матку, не лишая ее навсегда возможности

иметь ребенка? Нельзя ли без вреда для большой прооперировать ее как можно консервативнее, не уродуя ее как женщину навсегда?

В 4 часа ночи я приступил к чревосечению. Разрез по средней линии от пупка до лобка. Но вскрытии брюшной полости в рану выведена матка, по величине соответствующая 2½ мес. беременности. Обнаружено перфорационное отверстие на передней поверхности матки, левее средней линии, несколько выше уровня внутреннего зева. Отверстие занято втянутым в него и ущемившимся в нем сальником (рис. 47). Сальник резецирован, периферический его конец извлечен из перфорационного отверстия (оказался покрытым кровяными сгустками). Далее, исходя из прободного отверстия, я широко рассек вверх переднюю стенку матки. Края разреза захвачены пулевыми щипцами. Полость матки выскабливаема острой кюреткой (остатки плодного яйца) и протерта спиртом. При этом были приняты меры, чтобы выскабливаемые из полости матки куски не приходили в соприкосновение с серозной поверхностью матки. На кровоточащий нижний угол прободного отверстия наложено 2 погружных шва. Матка зашита одним этажом шелковых швов (6) и вытерта снаружи спиртом. Осмотрен кишечник, повреждений нет. Брюшные стенки зашиты обычным способом.

Послеоперационное течение осложнилось ничтожным нагноением в нижнем углу кожной раны. Больная выписалась 3 мая совершенно здоровой, причем status genitalium ничем не отличался от нормального.

Интерес случая. Доставлена из соседнего города молодая первобеременная спустя полсутки после перфорации матки во время выскабливания. Несмотря на вполне хорошее общее состояние и отсутствие перитонеальных явлений консервативное лечение было отвергнуто. Чревосечение обнаружило больше прободное отверстие передней стенки матки с ущемившимся в нем сальником. Последний резецирован. Решено матку сохранить. Перфорационное отверстие расширено кверху, полость матки выскабливаема (per abdomen). Матка зашита как при малом кесарском сечении. Других повреждений не обнаружено. Больная поправилась без осложнений. Ей сохранены менструальная и детородная функции.

Можно ли признать наш образ действий вполне безупречным? Несмотря на прекрасный результат операции, я вижу ошибку в том, что, резецировав сальник, я периферический его конец извлек из прободного отверстия. В случае весьма вирулентной инфекции матки мог ли такой маневр пройти вполне безнаказанно? Вряд ли. Как же мне нужно было поступить с отсеченным куском сальника? Его надо было резецировать и каким-либо инструментом протолкнуть сверху вниз, во влагалище.

Случай 19-й.

Мария Е., 30 лет, поступила в больницу 26 января 1925 г. для производства искусственного аборта по социальным показаниям. Половой жизнью живет 15 лет. Родов было 4, все нормальны. Последние роды 1 год 10 мес. тому назад. Абортов было 2, оба искусственные, последний 10 мес. тому назад. Летом лечилась от „воспаления яичников“. Последние регулы в конце ноября (?).

Пациентка сложена правильно, подкожный жировой слой развит очень слабо. Кожа и конъюнктивы бледны. На верхушках легких жесткое дыхание и удлинненный выдох. Сердце в границах нормы, на первом тоне у верхушки шумов.

Status genitalium: выделения нормальны. Шейка—цилиндрическая, рожавшая. Матка в anteversio, увеличена соответственно около 3 месяцев беременности. Придатки свободны. Без наркоза приступлено к операции аборта. Шейка расширена по Hegar'у до № 12¹/₂, расширение шло без каких-либо особенностей. Большой тупой кюреткой удалено несколько кусков плодных оболочек, затем абортцангом извлечены части плаценты. Вторично введена кюретка, при выведении ее оказался сальник.

Операция немедленно прекращена, послано за мной.

Итак во время операции выскабливания произошло прободение стенки матки с выпадением сальника.

Как же себе объяснить происхождение перфорации? Операция производилась в больничной обстановке, врачом, осторожно, при ассистенции врача более опытного, и тем не менее прободение!

Нельзя смотреть на каждую перфорацию, как на результат грубого насилия, как на ошибку невежественных рук. Известны наблюдения, где прободение матки случалось в руках весьма опытных врачей и без применения какого бы то ни было насилия.

В нашем случае надо себе представить дело так: матка, уже 4 раза рожавшая, 2 раза перенесшая искусственный аборт, последний раз всего 10 месяцев назад, беременная около 3 месяцев, повидимому уже измененная и потерявшая свою упругость, подвергается расширению Hegar'овскими дилататорами. Вероятно уже во время расширения получилось расхождение, разъединение тканевых пучков в области внутреннего зева. Неоднократное вхождение в матку кюреткой и абортцангом углубило первоначальную узуру стенки до несквозного прободения. Последнее введение кюретки было роковым: кюретка пошла по ложному пути, прорвала покрывающую дефект брюшину и проникла в брюшную полость. Выпал сальник. Главный вопрос: был ли абортцанг в брюшной полости? Вероятно не был. Но можно ли за это поручиться?

Неправда ли, в этом случае много общего с предыдущим? Что мы должны приступить к оперативному вмешательству, в этом, я думаю, не может быть сомнения. Если бы прободение было сделано зондом или малой кюреткой, если бы оператор не вводил в матку абортцанга, если бы не случилось выпадения сальника, я бы высказался за консервативное лечение. При данных же условиях мы должны прибегнуть к чревосечению.

Перед операцией (спустя около часа после прободения) общее состояние больной вполне удовлетворительно. Над лоном прощупывается дно матки, почти безболезненно.

Под общим наркозом (продолжительность операции 40 минут) разрез по средней линии от пупка до лобка. По вскрытии брюшной полости в ней оказалось небольшое количество жидкой крови. Увеличенная мягкая матка выведена наружу, на переднюю поверхность нижнего сегмента, левее средней линии, обнаружено перфорационное отверстие, в которое погружен сальник. Последний перевязан, перерезан. Периферический, погруженный в перфорационное отверстие кусок сальника не извлечен, а, наоборот, продвинут внутрь перфорационного отверстия (во влагалище). Диаметр отверстия около $1\frac{1}{2}$ см, края раны рваные. Вся левая широкая связка пропитана кровью, представляя картину гематомы.

Как же нужно было поступить? Опять ли консервативно, оперируя по типу малого кесарского сечения, или же ампутировать матку надвлагалищно, а может быть экстирпировать ее тотально?

Я решился на суправагинальную ампутацию по следующим соображениям:

1. Оставлять гематому широкой связки опасно, она может увеличиться, она может в дальнейшем нагноиться, что весьма осложнит течение послеоперационного периода.
2. Края прободного отверстия сильно травмированы. Условия для заживления первичным натяжением очень плохие.
3. При следующей беременности больная опять прибегнет к аборту (но уже не у нас). Риск перфорации огромный.
4. У больной есть уже 4 детей, она даже просила ее стерилизовать.
5. Ампутации я дал предпочтение перед экстирпацией потому, что предсказание при ампутации лучше (не вскрывается вагина).

Итак, решившись на надвлагалищную ампутацию, мы перевязали и отсекали придатки у места отхождения их от матки, также и круглые связки с обеих сторон. Надсечена брюшина переходной складки, на уровне которой и находилось перфорационное отверстие. После перевязки маточных артерий с обеих сторон рассечена брюшина на задней поверхности шейки матки, и матка ампутирована суправагинально (опять-таки на уровне прободения). Культи шейки зашита 4 швами. Левый параметрий раскрыт, очищен от сгустков, протерт раствором H_2O_2 так же, как и культи шейки. Тщательная перитонизация непрерывным катгутом. В брюшную полость влито около 20 см³ раствора H_2O_2 (1 : 1 000). Брюшная стенка зашита обычным образом (непрерывный катгут на брюшину, такой же шов на апоневроз, серфины на кожу).

Послеоперационное течение без осложнений. Температура повысилась на второй день до 37,5. Больная выписалась здоровой на 14-й день после операции.

Интерес случая. У повторнобеременной во время операции выскабливания, производимой в больничной обстановке, происходит прободение матки с выпадением сальника. Так как был вводим хватающий инструмент (абортанг), решаемся на чревосечение. В виду гематомы широкой связки, травмированных краев прободного отверстия и опасности, связанной с наступлением новой беременности у столь плодотворной женщины, решаемся на надвлагалищную ампутацию. Операция прошла типично. Интересно, что пришлось развернуть параметрий и очистить его от сгустков. Раствор H_2O_2 мы применяем во всех случаях чревосечения с сомнительной асептичностью операционного поля.

Больная поправилась.

И если мы теперь, разобрав случай, спросим себя, все ли было сделано *lege artis* и не имеем ли мы в чем-либо себя упрекнуть, мы должны сказать следующее.

В перфорации винить оператора в данном случае нельзя. Немедленно по обнаружении прободения все манипуляции были прекращены. Суправа-

гинальная ампутация была единственно правильной операцией при существующих условиях. Больная поправилась и не рискует больше разрывом матки ни в родах, ни при аборте.

И все-таки я не могу отрешиться от одной мысли: я себя упрекаю в том, что допустил 3-месячный искусственный аборт путем выскабливания.

Наш случай убеждает нас лишний раз в том, что искусственный аборт путем выскабливания после 2¹/₂ месяцев — операция весьма опасная, и что при необходимости делать 3-месячный аборт показаны другие методы операции, только не выскабливание.

Случай 20-й.

А. К., 25 лет (№ приемного журнала 3345), поступила в больницу 8 августа 1922 года для производства искусственного аборта. Страдает активным туберкулезом легких. Рожала 1 раз, аборт не было. Последние регулы 13 мая. Беременность 2¹/₂ месяца.

Под наркозом шейка расширена до № 14 по Hegar'у. При введении последнего расширителя оператор получил ощущение разрыва шейки. Дальнейшие манипуляции инструментами прекращены. Пальцем определен разрыв левой стенки шейки, ведущий в параметрий (рис. 48). Плодное яйцо удалено из полости матки пальцем. В прободное отверстие на сутки введен марлевый тампон, смоченный иодом. Положена тяжесть на живот. В дальнейшем в широкой связке образовалась гематома, прощупывавшаяся над пупартовой связкой. Температура лишь один раз дала 38°. Больная выписалась на 9-й день с незначительными чувствительными остатками гематомы в левом своде.



Рис. 48. Прободение левой стенки шейки. Гематома широкой связки.

Диагноз прободения был поставлен непосредственно после нанесения травмы. Всякие манипуляции инструментами были немедленно прекращены. Палец, введенный в шейку с диагностической целью, с полной определенностью установил ложный ход в параметрий. Попутно он отслоил и извлек плодное яйцо целиком.

Была ли надобность в оперативном вмешательстве?

Нет; прободное отверстие вело в околоматочную клетчатку. Повреждения брюшины не было. Чревосечение было излишне, экстирпация матки могла только способствовать распространению возможной инфекции. Консервативное лечение привело к быстрому выздоровлению, причем образовавшаяся гематома широкой связки резорбировалась поразительно быстро.

Представьте себе, оператор не заметил бы прободения! Он приступил бы к выскабливанию; кюретка пошла бы по ложному пути, проткнула бы листок брюшины, покрывающий параметрий, и проникла бы в брюшную полость. Не получив ожидаемого соскоба, оператор вошел бы абортангом и вместо плодного яйца извлек бы петлю кишки или сальник.

Вот тогда потребовалось бы чревосечение. Таким образом мы видим, насколько важно поставить во-время диагноз перфорации. Раннее распознавание прободения определяет наш образ действий, а возможно и решает судьбу больной.

Гораздо сложнее дело, когда операция опорожнения матки останется в силу случившегося прободения неоконченной. С одной стороны в высшей степени рискованно, при наличии свежей перфорации, вводить какой бы то ни было инструмент в матку. С другой стороны нежелательно оставлять в матке части плодного яйца, могущие служить источником инфекции.

Я глубоко убежден, что и в подобных случаях консервативный путь наиболее безопасный. Уложите больную под лед и примите меры к возбуждению сократительной деятельности матки.

Особенно полезно в таких случаях на другой день после прободения назначить внутрь хинин по 0,2 через каждые полчаса 5 раз подряд, после чего, уже при наличии схваток, впрыскивать pituglandol (hypophysin) через 15 минут 4 раза подряд.

Правда, мне пришлось один раз делать выскабливание спустя 2 недели после прободения. В матке остались части плодного яйца, кровотечение продолжалось. Сокращений матки вызвать не удалось. И я решился на выскабливание спустя 2 недели только потому, что врач, оперировавший больную, мог мне дать точные сведения о месте прободения. Зная, что перфорационное отверстие находится в области внутреннего зева слева и спереди, я конечно старался миновать это опасное место. Удалив большой кюреткой остатки плодного яйца, я благополучно закончил операцию. Конечно подобный случай исключительная редкость. Как правило, мы должны идти по пути строгого консерватизма.

В заключение хочу повторить те положения, которые я высказал несколько лет тому назад в моей работе о терапии прободений матки.

1. Прободения матки, произведенные зондом, расширителем или малой кюреткой, хотя и сквозные, лечатся консервативно, если только не был введен хватающий инструмент.

2. Прободения (разрывы) надвлагалищной части шейки, проникающие в параметрий (но без повреждения брюшины), лечатся также консервативно (лед, тяжесть, спорынья).

3. Свежие прободения матки, проникающие в брюшную полость, требуют чревосечения, если после прободения были введены хватающие инструменты. Методом выбора является малое кесарское сечение с выскабливанием per abdomen и зашиванием матки.

4. Ампутация матки (экстирпация) необходима лишь при обширных разрушениях или в заведомо инфицированных случаях.

Так я буду поступать и впредь, придерживаясь вышеизложенных положений.

Единственная поправка, которую я хотел бы внести, касается случаев, доставленных извне, к которым может быть более применима аксиома, выставленная Latzko: „Uterusperforation von fremder Hand indiziert in jedem Fall die Laparotomie“.

Надлежит неукоснительно следовать указанным правилам во всех случаях прободений, происшедших в клинической обстановке.

Итак, если вам доставят больную, получившую прободение на стороне, „от чужой руки“, приступайте смело к чревосечению. Если вы и вскрыете один лишний раз живот, зато спасете не одну больную.

Для всех же случаев больничных вышеприведенные правила должны сохранить свою силу.

Случай 21-й.

К. Ч., 28 лет от роду (№ приемного журнала 11614), доставлена в больницу скорой помощью 7 сентября 1925 г. с кровотечением, начавшимся 5 сентября.

Больная, по профессии фармацевтка, сообщила, что половой жизнью живет 5 лет, родов не было. 2 раза она перенесла искусственный аборт, последний 3^{1/2} года назад. Регулы всегда носила правильно, через 4 недели, по 7 дней. Последние менструации начались 3 июля. Считая себя беременной и желая прервать беременность, больная 27 августа начала принимать *ol. sabinae* по несколько капель в день, каковое лекарство она ежедневно принимала до 3 сентября. 5 сентября началось кровотечение со сгустками, познабливание, появилось плохое самочувствие. 7 сентября больная доставлена в больницу. При поступлении: больная правильного телосложения, умеренного питания. Общее состояние удовлетворительное. Т°—38,6. Пульс—108. Язык обложен, суше нормы. Живот не вздут, мягок, безболезненный. Из половых путей — скудные кровянистые выделения. Шейка закрыта, матка увеличена соответственно 2 месяцам беременности, мягковата, безболезненна, своды свободны.

Каков диагноз? Какова должна быть терапия?

1. У больной аборт, вызванный приемом донского можжевельника В виду явных признаков инфекции необходимо немедленно вмешаться и удалить плодное яйцо.
2. Аборт—конечно искусственный, но вряд ли вызван только приемом abortивного средства. Следует предположить криминальное механическое вмешательство. К немедленному удалению плодного яйца показаний нет.
3. Так как аборт лихорадочный, хотя и неосложненный, активное ведение случая противопоказано. Нужно держаться экспектативного образа действий. Лишь сильное кровотечение может нас заставить активно вмешаться.

Перед нами случай заведомо криминального аборта. Больная созналась в многократном приеме abortивного средства, а именно масла казачьего можжевельника. Это средство известно в народе как abortивное. Но едва ли может быть речь о каком-либо специфическом abortивном действии этого средства. Если и наблюдались выкидыши, то они зависели не столько от „усиленного прилива к половым органам, сколько от последствий общего отравления организма“ (Н. П. Кравков). У нашей больной имеются явные признаки инфекции. Поневоле возникает мысль, не было ли произведено криминальное вмешательство помимо приема лекарства. И хотя больная отрицает какое бы то ни было механическое вмешательство, мы не будем далеки от истины, если предположим, что больная, убедившись 3 сентября в тщетности попыток вызвать аборт приемом лекарственного вещества, 5 сентября решилась на то или иное вмешательство, например введение бужа. Я не верю в abortивное действие лекарств. По традиции женщины с целью прерывания беременности принимают хинин, алоэ, шафран, спорыню, препараты казачьего можжевельника, *taxus baccata*, *ruta graveolens*, *thuja occidentalis*, *apiol*, *senecio jacobea* и после бесплодных попыток вызвать аборт таким путем переходят к более активным мерам.

Если к нам поступает случай лихорадочного аборта, мы смело ставим диагноз аборта криминального, даже если больная стойко отрицает всякое вмешательство. Недавно еще одна больная с септическим абортом, упорно утверждавшая, что аборт самопроизвольный, незадолго до смерти призналась в криминале. Недаром *Winter* говорит: „Лихорадочный аборт за редкими исключениями — аборт криминальный“.

Итак перед нами лихорадочный преступный аборт. Повидимому инфекция налича, за это говорят и познабливание, и учащенный пульс, и повышенная температура тела. Как быть? Вы предлагаете немедленно удалить плодное яйцо, очевидно имея в виду устранить очаг инфекции. Вы — за активный образ действий. Известно, что за последние десятилетия активное ведение лихорадочного аборта было общепризнанным. Повышенная температура сама по себе служила показанием к опорожнению матки. И если произошла перемена во взглядах на терапию лихорадочного аборта, если за последнее время появилось противоположное течение, то очевидно, что результаты, полученные активистами, не удовлетворяли и заставили искать иных путей. Если, наряду со случаями быстрого спадения температуры и выздоровления после удаления плодного яйца, много раз наблюдались случаи быстротечного сепсиса, губившего больных, то поневоле врачебная мысль искала объяснения этому в характере инфекции. Поневоле являлась мысль, что в одних случаях с удалением плодного яйца удалялся очаг инфекции, и инфекционное начало не могло проникнуть в ткани и органы больной, в других оно было настолько активно, что несмотря на удаление плодного яйца, а может быть и благодаря нанесенной при этом травме, оно проникало в живые ткани и, распространившись по всему организму, губило больную. Большая статистика в 2000 лихорадочных абортов, собранная *Winter*'ом, подтверждает это предположение:

853 случая со стрептококком дали 15,5% смертности,

89 случаев с гемолитическим стафилококком дали 8,0%,

124 случая с кишечной палочкой — 7,3%,

606 случаев с сапрофитами дали 3,1% смертности.

Вы видите, разница огромная: очевидно характер инфекционного начала имеет большое влияние на исход аборта. Дифференцируя случаи со стрептококковой инфекцией, *Winter* дает следующие цифры:

374 случая с гемолитическим стрептококком дали смертность в 20,8%,

180 случаев с негемолитическим стрептококком — смертность в 11,1%.

Таким образом смертность колеблется между 3,1% при сапрофитах и 20,8% при гемолитическом стрептококке.

Из этого следует, что в каждом случае лихорадочного аборта нужно выяснить характер микроба, инфицировавшего больную, поставить прогноз и установить терапию в зависимости от результата исследования.

У нашей больной мы взяли выделения из шейки и подвергли их бактериологическому исследованию. В посевах выросли стафилококки и короткие цепочки стрептококка. В посевах крови — стафилококки.

Исследование крови дало следующее: гемоглобина — 60%; эритроцитов — 3 700 000; общий лейкоцитоз — 8 600; лейкоцитарная формула: нейтрофилов — 83%, лимфоцитов — 13%, моноцитов — 1%, переходных — 2%, эозинофилов — 1%.

Итак в выделениях — стафилококк и стрептококк, в крови — стафилококк. Можем ли мы без риска для больной приступить к опорожнению матки? Какие результаты дает активная терапия аборта вообще? По сборной статистике, обнимающей 10 000 абортов из 20 клиник Германии, активная терапия дала 4,5% смертности, выжидательная терапия, допускающая опорожнение матки спустя несколько дней по спадении температуры, дала 1,4%, строго консервативная — 5,4% смертности. Если мы пока оставим без внимания последнюю группу случаев, так как в нее вошли самые тяжелые, зачастую уже безнадежные случаи, и сравним первые две цифры, мы увидим между ними большую разницу: 4,5% и 1,4%, т. е. при активной терапии гибнет больных в 3 раза больше, чем при выжидательной. В чем дело? Еще в 1911 году *Winter* писал по поводу терапии лихорадочного аборта: „Если посев дает произрастание гемолитического стрептококка, то я решительно отклоняю всякое внутриматочное вмешательство. Всякое исследо-

вание, всякое промывание, всякое удаление частей плодного яйца и особенно всякое свежее ранение может повести к тяжелой инфекции. Она не должна обязательно наступить в каждом отдельном случае, чему мы видим доказательство в случаях, которые несмотря на опорожнение матки при гемолитическом стрептококке протекают без осложнений. Но врач, предпринимая при таких условиях свое вмешательство, не может предвидеть течения случая. Лучше всего ждать самопроизвольного изгнания плодного яйца или удалять его, когда инфекционный процесс побежден*.

В то время, т. е. в 1911 г., предложение *Winter'a* было новостью и шло вразрез с общепринятым и признанным активным образом действий. Прошли годы, идеи *Winter'a* получили признание многих гинекологов, и теперь мы уже располагаем большими статистиками и огромной литературой по этому вопросу. Действительно, как быть?

Решение этого вопроса должно быть основано не на эмпирии, не только на статистических данных той или другой клиники, но на строго научных соображениях. Инфекция, проникающая в матку, может гнездиться или только в плодном яйце или же, независимо от последнего, в слизистой оболочке матки. Первая форма инфекции, овулярная, имеет место, когда само плодное яйцо нарушено и заражено. Все части плодного яйца, разрушенные кровоизлиянием, все некротические участки его являются средой для микроорганизмов. Проникание микробов в живые ворсинки плодного яйца и отсюда в стенки матки — явление не частое и не играющее существенной роли. Если и происходит временное внедрение кокков в кровяное русло материнского организма, то оно весьма часто не влечет за собою тяжелых последствий, даже если кокки очень вирулентны. Мы наблюдаем подобную преходящую бактериемию при лихорадочном аборте весьма часто. Всякое исследование, всякая внутриматочная манипуляция должна способствовать появлению бактериемии. Лишь в случае более длительной бактериемии, в случае доказанного размножения бактерий в крови — больная в опасности.

После изгнания инфицированного плодного яйца инфекция прекращается. Если же инфекция возобновляется на месте отделения плодного яйца от стенки матки, то инфекционный процесс отсюда распространяется дальше.

Инфекция, развившаяся с самого начала параовулярно, т. е. в слизистой оболочке матки, имеет другое течение. Она проникает, особенно при высокой вирулентности ее, в лимфатические пути матки, в околоматочную клетчатку, в брюшину. По венам она распространяется реже, и особенно в случаях, где имеются повреждения стенки матки. Эта форма инфекции, по мнению *Winter'a*, независима от присутствия в матке плодного яйца. И вот, по наблюдениям того же *Winter'a*, считающего на основании изложенных соображений активное вмешательство способствующим распространению инфекции, выжидательный метод ведения лихорадочного аборта дает возможность установить следующие факты.

При лихорадочном аборте, обычно еще при лежащем в матке плодном яйце, наступает спадение температуры, чаще всего спустя 2 дня, редко после 5-го дня. Часто стрептококки исчезают, по наблюдениям самого *Winter'a*, а также *Schottmüller'a* и *Traugott'a*, спустя 10—12 дней. Сильные кровотечения, вынуждающие вмешаться, наблюдаются не часто, приблизительно в 10% случаев. В большем числе случаев плодное яйцо или его остатки извергаются силами природы. Изложенное убеждает нас, что прогноз лихорадочного аборта зависит не только от рода инфекции, как я указал выше, но и от локализации ее: если инфекционное начало гнездится исключительно в плодном яйце (овулярная инфекция), смертность при рациональной терапии должна быть невысокая; при инфекции параовуляр-

ной, т. е. локализующейся в стенке матки, в слизистой ее или в миометрии, исход будет хуже; при так называемом осложненном аборте, т. е. при инфекции, проникшей за пределы матки (параметрит, поражение придатков, пельвеоперитонит, перитонит, пиемия и сепсис) — предсказание худшее (смертность 47,5%).

Если терапия осложненного аборта разногласий не вызывает, если все авторы единогласно отвергают активный метод лечения осложненного аборта, как нерациональный, то вопрос об образе действий при лихорадочном неосложненном аборте далеко еще не может считаться решенным. В то время как одни требуют немедленного активного вмешательства, другие придерживаются более выжидательного, экспектативного образа действий, выступая активно лишь при жизненных показаниях, т. е. при сильном кровотечении.

На основании изложенных научных соображений следует предположить, что тут дело в трудности или даже невозможности дифференциальной диагностики между инфекцией овулярной и параовулярной. Решить вопрос о терапии лихорадочного неосложненного аборта могут лишь тщательные наблюдения на огромном материале. Этот труд взял на себя *Winter*. Он дал весьма большую статистику абортот и предложил их на обсуждение врачебному миру.

И действительно мы видим, что исход лихорадочного аборта зависит не только от рода инфекции, но и от рода терапии.

Мы различаем тройкого рода ведение лихорадочного аборта:

1) активное, т. е. удаление содержимого матки, как только установлена инфекция;

2) консервативное, предоставляющее изгнание этого содержимого силам природы (может быть с назначением усиливающих сокращения матки средств), и наконец

3) выжидательное, которое сводится к консервативному образу действий до спадения температуры и допускающее опорожнение матки лишь после наступления нормальной температуры.

Обратимся и в этом вопросе к данным статистики. Сборная статистика 38 авторов (всего 7 560 случаев лихорадочного аборта) дала на 6 512 случаев, проведенных активно, смертность в 2,9%, 1 048 консервативно веденных случаев дали смертность в 1%.

Вы видите разницу почти в 2%, говорящую в пользу консервативной терапии лихорадочного аборта.

Повидимому чаша весов склоняется в сторону консервативного метода ведения аборта. Но можем ли мы со спокойной совестью выждать изгнания плодного яйца? Оказывается, что можем, потому что в большинстве случаев плодное яйцо все же изгоняется без каких-либо осложнений (по *Winter*'у в 64,5% случаев).

Конечно нужно этому способствовать дачей соответствующих средств, лучше всего хинина. Установлено, что хинин при применении его внутрь, подкожно или межмышечно способствует изгнанию плодного яйца. Почти в $\frac{3}{4}$ случаев хинин дал *Winter*'у желанный эффект (72%) и сделал излишним опорожнение матки. Практически важно знать, что ненарушенное плодное яйцо при таком ведении дела выделяется в $\frac{4}{5}$ случаев, задержавшийся послед в половине случаев; хуже всего дело обстоит при задержке мелких частей плодного яйца, изгнание которых помощью хинина обычно не достигается.

Commichan (1928) на большом материале установил, что хининовой терапией в 33,76% достигается полное выделение яйца. Кильская клиника привела терапию лихорадочного аборта в систему (*Clauberg*, 1927): в первый день лечения дают 4 раза по 0,25 хинина через час, потом 2 раза через

час гипофизин. Почти всегда этим вызываются схватки. На 2-й день предельвается то же лечение. На 3-й день — пауза. На 4-й день, если еще нужно, то же. Обычно температура скоро спадает до нормы, и спустя еще 3—5 дней можно приступить к выскабливанию. Из 242 случаев Кильской клиники 166 (почти 70%) ликвидировались без вмешательства на 1—3-й день, еще 25 случаев на 4—7-й день. Лишь в 25 случаях пришлось делать выскабливание.

Итак мы склоняемся к выжидательному образу действий. Дальнейшее течение болезни нам укажет, придется ли нам все же вмешаться или дело обойдется без помощи искусства.

1. Не исключена возможность самопроизвольного выделения плодного яйца — никакого вмешательства не потребуется.

2. Плодное яйцо может не выйти, начнется кровотечение, которое и вынудит нас приступить к оперативному вмешательству.

3. Плодное яйцо не выделится вовсе или выделится частично, но сильного кровотечения не наступит — тогда можно уже после спадения температуры опорожнить матку. А к этому времени вирулентные микробы могут исчезнуть. Ведь известно, что микроорганизмы могут или вовсе исчезнуть или же потерять свою вирулентность.

После исчезновения стрептококков *Traugott* получил 100% выздоровления. Основное положение *Winter'a* сводится к тому, что прогноз вмешательства значительно лучше, если оно производится не во время лихорадочного периода болезни, а после окончательного спадения температуры.

Подобная терапия и носит название экспектативной. Новейшие данные говорят, что неосложненный лихорадочный аборт дает наилучший прогноз при абсолютно выжидательном образе действий, что прогноз мало меняется, если опорожнение матки производится после спадения температуры и что наиболее плохой результат дает активный метод, причем прогноз значительно колеблется в зависимости от вида патогенных микробов.

В силу всего вышесказанного мы в нашем случае решили не вмешиваться активно, а придерживаться экспектативной тактики, применяя при этом ряд терапевтических мер.

8 сентября t° утром — 37,5. Пульс — 102, удовлетворительного наполнения. Общее состояние удовлетворительное. Язык обложен. Небольшая болезненность живота. Выделения кровянисты, незначительны. Назначен „американский“ способ: *ol. ricini* 30,0; затем хинин по 0,2 внутрь через полчаса (6 приемов).

Вечером t° — 37,1.

9 сентября t° утром — 35,6, пульс — 78. Выделился небольшой кусок пропитанных кровью плодных оболочек. Выделения кровянисты, довольно обильные. Общий лейкоцитов 5 520. Лейкоцитарная формула: нейтрофилов — 80,5%, лимфоцитов — 9%, моноцитов — 4%, переходных — 6%, эозинофилов — 0,5%.

Назначение: *chinini puriat. p. secalis cogn. aa.* 0,3 № 3..

Вечером t° — 39,6.

10 сентября утром t° — 37,4. Пульс — 100. Выделился кусочек плодных оболочек.

Вечером t° — 38,0.

11 сентября утром t° — 36,2. Пульс — 86. Общее состояние вполне удовлетворительно. За сутки выделились 3 небольших кусочка. Выделения кровянистые с запахом. Назначено спринцевание раствором марганцевокислого калия.

Вечером t° — 36,5.

12 сентября t° утром — 36,2. Пульс — 86. Выделения с сильным запахом. В остальном то же.

Вечером t° — 36,2.

14 сентября t° утром 36,3. Пульс 76. Схваткообразные боли внизу живота. Выделился большой плотный кусок оболочек с резким запахом. Выделения незначительны, кровависты. Взят секрет шейки для посева.

Вечером t° — 36,4.

15 сентября. Температура и пульс нормальны. Выделения ничтожны. Посев дал: стафилококки, стрептококки и в небольшом числе палочки. Морфология крови: общий лейкоцитоз—9 400. Лейкоцитарная формула: нейтрофилов—61%, лимфоцитов—33%, моноцитов—1%, переходных—1%, эозинофилов—4%.

16 сентября. Общее состояние вполне удовлетворительное. Температура и пульс нормальны. Выделения почти бесцветные, без запаха. Шейка сформирована, зев закрыт. Матка небольшая, в антефлексии, хорошо сократившаяся. Придатки свободны.

С 17 сентября до выписки (21 сентября) температура не повышалась. Больная стала быстро поправляться и выписалась в хорошем состоянии.

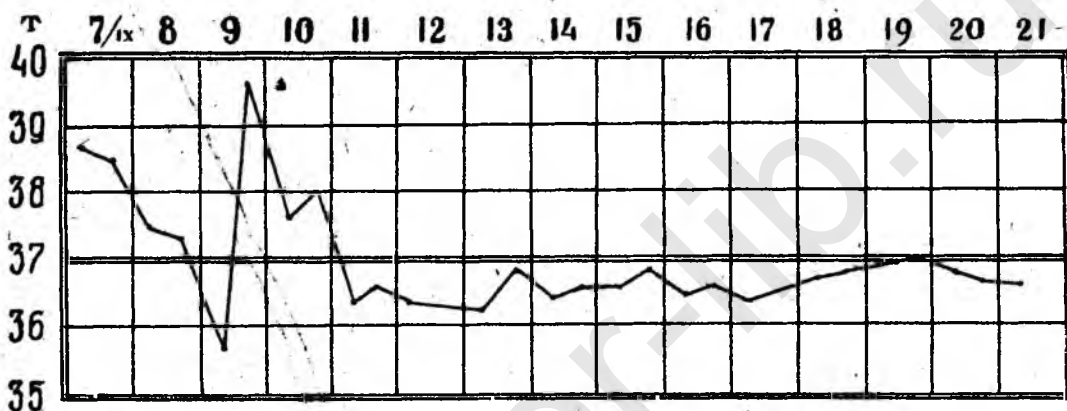


Рис. 49. Температурная кривая больной К. Ч.

В заключение скажу, что, убедившись в благих результатах экспектативного ведения лихорадочного аборта, клиника продолжает его проводить. Дробные дозы хинина мы даем в первые сутки лечения. В дальнейшем мы теперь даем спорыню внутрь и впрыскиваем ежедневно butyrol Милютинной под кожу.

При таком ведении дела в подавляющем большинстве случаев температура падает к норме, мы выжидаем 5 дней при нормальной температуре и производим внутреннее исследование. К этому времени обычно выскабливание становится излишним, лишь в небольшом проценте случаев приходится удалять остатки плодного яйца.

Интерес случая. Молодая женщина поступает с неосложненным лихорадочным абортom. В крови стафилококки. В секрете шейки стафилококк и короткий стрептококк. Активный метод признан опасным. Решено, согласно принципам *Winter'a*, вести больную консервативно-экспектативно.

Плодное яйцо, повидимому нарушенное преступной рукой, выделилось по частям. Повторное исследование морфологического состава крови указало, что организм постепенно берет верх над инфекцией (понижение нейтрофилии, повышение лимфоцитоза).

К счастью для больной сильного кровотечения, могущего побудить к вмешательству, не было. Вслед за выделением плодного яйца температура спала до нормы (рис. 49), исчез запах выделений. Больная быстро поправилась

Случай 22-й.

А. В., 25 лет (№ приемного журнала 12893), доставлена в клинику скорой помощью 28 августа 1926 г.

Жалобы ее сводятся к кровотечению и сильным схваткообразным болям внизу живота, начавшимся сегодня же после падения со ступенек железнодорожного вагона.

Анамнез: регулы начались на 15-м году жизни, приходят каждый месяц, идут по 3 дня, безболезненны. Половой жизнью живет 9 лет. Женскими болезнями никогда не болела. Родов было 3; последние 1 год 2 мес. тому назад. Беременности, роды и послеродовые периоды — без осложнений.Abortов было 3; первый — искусственный (выскабливание), остальные — самопроизвольные. Все 3 аборта были в течение последних девяти месяцев. После абортов не болела. Последние регулы были 2½ месяца тому назад.

За 4 часа до поступления больная якобы упала, выходя из вагона, после чего началось сильное кровотечение, появились схваткообразные боли в животе. Приехав домой, больная почувствовала себя плохо, начался озноб, сменившийся жаром и потом. Кровотечение продолжалось, выходили куски. Скорой помощью больная доставлена в больницу.

На что указывает анамнез?

1. Повидимому имеется аборт. Больная за последние 9 месяцев перенесла 3 аборта. Очевидно имеется уже расположение к выкидышу, в силу чего травма (падение с поезда) и повела к аборту.
2. Вряд ли мы можем сомневаться в том, что у больной мы найдем аборт. Но анамнез не внушает доверия. Правильнее будет предположить искусственное вмешательство.

Прежде чем обсуждать этиологию заболевания, займемся исследованием больной. Больная среднего роста, правильного телосложения, ослабленного питания. Темная блондинка. Отмечается умеренная бледность кожи и слизистых. Температура тела — 39,8. Пульс — 120, ровный, удовлетворительного наполнения. Живот мягкий, впалый, резко болезненный в подреберной области, особенно слева.

Наружные половые части развиты правильно. Выделения кровянисты, необильны. Вход во влагалище несколько зияет. Шейка матки размягчена, цилиндрической формы, наружный зев приоткрыт, вмещает кончик пальца. Шеечный канал для пальца не проходим. Матка в антеверзии-флексии, увеличена соответственно 1½-месячной беременности, несколько смещена вправо, резко болезненна, мягковата. Через левый свод прощупывается придатковая опухоль овальной формы, резко болезненная, величиною с куриное яйцо, мягковатая. Правый свод сужен, задний свободен.

Диагноз выкидыша несомненен. Тут и увеличение матки, и размягчение ее, особенно шейки, тут и приоткрытый цервикальный канал. Также не подлежит сомнению, что выкидыш в ходу, что часть плодного яйца через приоткрытую шейку вышла наружу. Величина матки не соответствует сроку беременности; матка, освободившаяся от части своего содержимого, успела сократиться, успела уменьшиться в объеме: мы имеем дело с неполным выкидышем (*abortus incompletus*). Но вместе с тем ясно, что это не обычный *abortus incompletus*. Обратите внимание на резкую болезненность матки и особенно на опухоль левых придатков, опухоль, судя по болезненности, несомненно воспалительную. Ясно, что выкидыш осложнился воспалительным процессом, не только охватившим матку, но и распространившимся за пределы ее, перейдя на придатки. Такой выкидыш называется выкидышем осложненным (*abortus complicatus*).

Как же себе объяснить этиологию осложненного аборта? Анамнез указывает на падение больной, на сотрясение тела, как на причину аборта. Спрашивается, можем ли мы доверять словам больной? Каждый врач, работающий на большом больничном материале, знает, что именно этиоло-

гию аборта весьма трудно выяснить с помощью анамнеза. Больные знают, что всякое вмешательство, предпринятое в целях прерывания беременности, буде оно не произведено врачом, а акушеркой, есть действие, караемое законом. Они знают, что заявление их о вмешательстве неминуемо влечет за собой расследование и возбуждение дела о плодоизгнании. Вполне естественно, что они всячески стараются скрыть истинную причину аборта и указывают на всевозможные травмы. В нашем случае больная якобы упала со ступенек вагона. Если мы ей поверим, то как же мы объясним столь бурно протекающий инфекционный процесс, быстро охвативший матку и перешедший на трубу? Трудно себе представить аутоинфекцию при самопроизвольном аборте, принявшую столь агрессивный характер в столь короткий срок. Не проще ли предположить, что больная вводит нас в заблуждение указанием на ушиб, как на причину аборта? Не проще ли предположить, что она подверглась криминальному вмешательству? Если это так, то нам станет понятной клиническая картина. Преступной рукой введен был в матку (за сутки-двое до поступления) буж или зонд. Инструмент нарушил целостность плодного яйца, нарушил связь между яйцом и маткой. Появилось кровотечение, начались схватки: Плод и части плодных оболочек извергнутся из матки. На это много времени не потребовалось; ведь матка многогоразовая. Часть оболочек задержалась. Во время того же вмешательства занесено в матку инфекционное начало. Инфекция не осталась овулярной, она сразу же, благодаря травме, стала параовулярной, она проникла в сосуды отпадающей оболочки, быстро распространилась в самое существо миометрия. Она по лимфатическим путям вышла за пределы матки, а может быть и нашла себе свободный путь через маточное отверстие трубы в просвет последней. В результате острое поражение трубы, протекающее при явлениях зноба, высокой температуры, учащенного пульса. В результате — осложненный аборт. А может быть в основе осложнения лежит гоноррея, и наше предположение не обосновано? Займемся бактериологическим исследованием выделений.

Взял мазок из верхней трети влагалища. Микроскоп обнаружил обилие гнойных телец, обилие эритроцитов, много грамположительных палочек и кокков. Говококков не найдено. Взяты выделения из цервикального канала для посева. На другой день получен ответ: грамположительные кокки и стрептококки.

Это еще больше утверждает нас в нашем предположении об этиологии аборта. Не будем выпытывать у больной истины, она ни в чем не сознается. Да и к чему? Картина болезни нам ясна.

Какую же терапию вы предложите?

1. Аборт неполный. В полости матки находятся остатки плодного яйца. Этот очаг инфекции должен быть удален.
2. Так как аборт осложненный, то считал бы всякую активную терапию противопоказанной.

Две противоположных точки зрения. С одной стороны активизм, с другой — консерватизм. Мы уже имели случай беседовать с вами о терапии лихорадочного аборта. Вы видели, что учение *Winter'a* приобретает все больше и больше последователей. Теперь мы знаем, что активное вмешательство при лихорадочном аборте способствует распространению инфекции. Мы знаем, что наилучший исход дает активное вмешательство при осложненном аборте, т. е. при инфекции, проникшей за пределы матки (параметрит, поражение придатков, пельвеоперитонит и т. д.).

При таких условиях смертность достигает 47,5%.

И если относительно терапии лихорадочного аборта еще существуют разногласия, то по отношению терапии осложненного аборта царит полное

единодушие. Раз инфекция вышла за пределы матки, раз имеются воспалительные явления в придатках, периметрии или околоматочной клетчатке, то образ действий может быть только один: руки прочь от полового аппарата больной!

Noli tangere — вот наш лозунг при осложненном аборте.

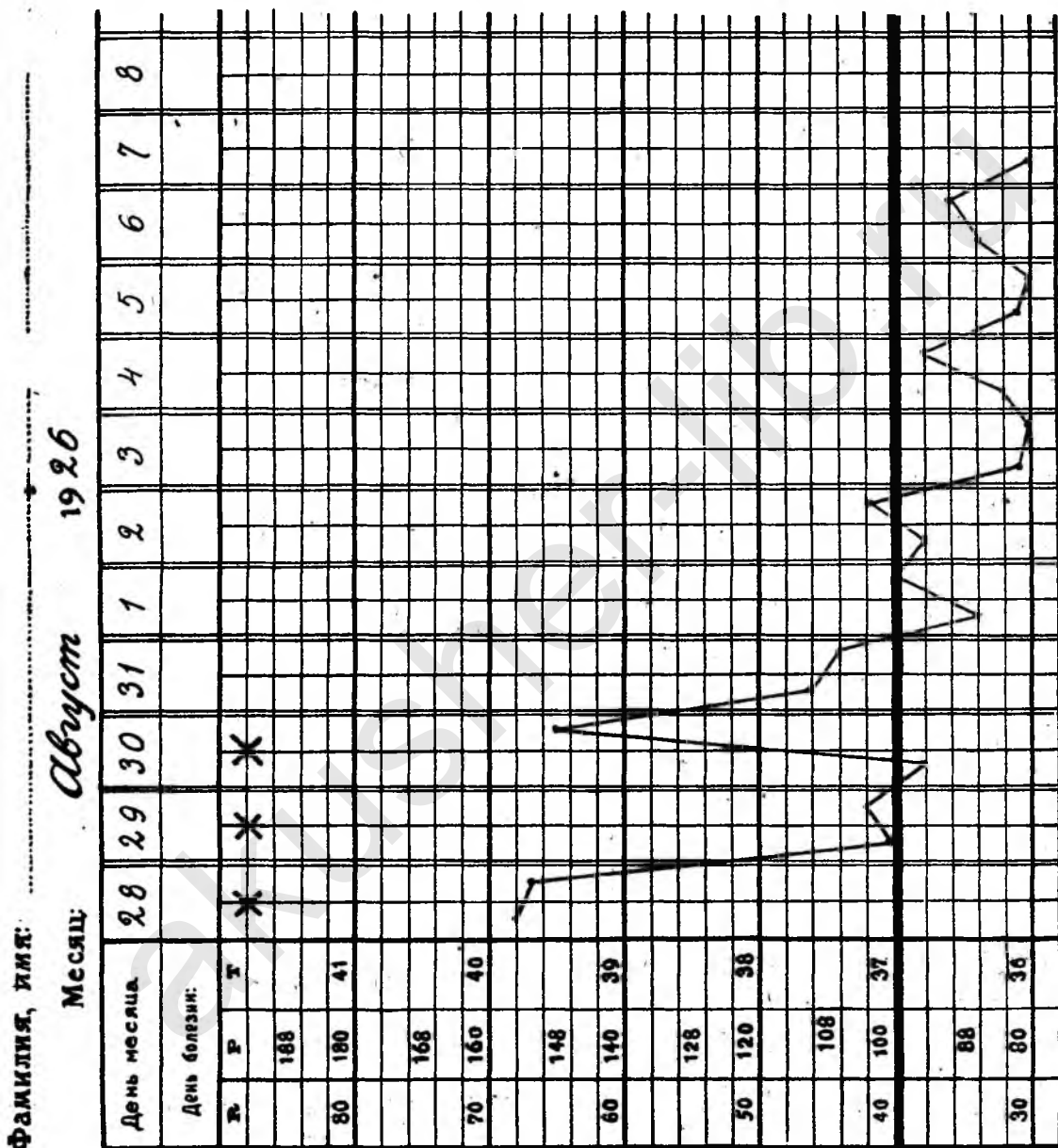


Рис. 50. Температурная кривая случая 22-го.

Но это не значит, что мы должны сидеть сложа руки. Работы много: мы должны внимательно следить за распространением инфекции, мы должны поддерживать силы больной, содействовать защитным приспособлениям организма. Мы должны наладить уход за больной, заботиться о деятельности кишечника, обильным питанием доставить организму горючий материал.

Но вернемся к нашей больной.

После осмотра она была перенесена в палату, назначен полный покой (лежать на спине), пузырь со льдом на живот, внутрь спорынья и хиин, уборка, полоскание рта, взята моча для исследования, взята кровь из вены локтевого сгиба для посева, назначена легкая, но питательная диета, сделано подкожное впрыскивание butyrol'я Мильтиной (2,0).

Вечером того же дня (28 августа) был сильный зноб; T° — 39,7. На утро температура спала — 37,1, самочувствие больной плохое, жалуется на сильные боли внизу живота. Живот не вздут, чувствителен в нижних отделах. Выделения сильнее, темно-кровянистые, с мелкими сгустками. Пульс 100, ровный, удовлетворительного наполнения. Посев крови — стерилен. Анализ мочи дал норму. Терапия та же.

30 августа. Ночью был зноб, но менее продолжительный. За ночь вышло несколько кусков плодных оболочек. Боли меньше. T° утром 36,8, вечером после зноба — 39,5. Ежедневно впрыскивания butyrol'я.

31 августа утром t° — 37,6. Пульс 92. Боли стихли. Крови очень мало. Вечером t° — 37,4, зноба не было.

1 сентября. Самочувствие больной хорошее, боли нет. Кровотечение стихло. Температура нормальна. Пульс 88.

С 1 сентября температура больше не повышалась до выписки (см. рис. 50). Боли стихли. Выделения приняли серозный характер.

6 сентября. Общее состояние хорошее. Жалоб нет. Пульс 76.

Выделения серозны, еле окрашены. Шейка закрыта. Матка в антеверзио-флексии, чуть больше нормы, несколько чувствительна. Через левый свод определяются несколько увеличенные, плотноватые, безболезненные придатки. Правый и задний своды свободны. 7 сентября больная выписалась (см. кривую на стр. 125).

Интерес случая. Поступает больная с кровотечением и болями внизу живота. Ставится диагноз осложненного неполного выкидыша с поражением левых придатков. Терапия избирается строго консервативная. Первые три дня пребывания в клинике повторяются знобы; из матки выделяются остатки плодных оболочек. Температура спадает, воспалительный процесс стихает. Спустя 11 дней больная выписывается с несколько увеличенными, безболезненными левыми придатками.

Случай 23-й.

С. С., 20 лет (№ приемного журнала 10435), поступила в акушерское отделение больницы 5 августа 1925 г. с жалобами на боли в пояснице и внизу живота.

Из анамнеза узнаем, что она половой жизнью живет 5 лет. Рожала 1 раз, в 1922 г.; роды и послеродовой период протекали без осложнений.Abortов было 2, оба искусственные, последний — год назад. Последние регулы 30 мая. С неделю назад появились боли в нижней части живота, в пояснице; болезненное мочеиспускание.

Больная роста ниже среднего, ослабленного питания. T° тела — нормальна; пульс — 80 ударов. Живот не вздут, несколько болезнен в нижних отделах, напряжен. Per vaginam: выделения слизисты, матка увеличена соответственно 1½ месяцам беременности, в anteflexio-versio, чувствительна. Придатки не изменены.

Было ясно, что на втором месяце беременности появился какой-то неострый воспалительный процесс в половом тракте. В виду болей при мочеиспускании и болей в области почек произведено обследование мочевой системы: почки не прощупываются; область левой почки болезненна; моча светло-желтого цвета, мутна. Уд. вес — 1 013, белка 0,03%, сахара нет. Лейкоцитов 20—30 в поле зрения, единичные клетки плоского эпителия. Обилие оксалатов. В виду последнего обстоятельства снята рентгенограмма с области левой почки, не давшая ничего патологического (рентгенограмма 218 б-ца в память 25 окт.).

Поставлен диагноз: левосторонний пиелит во время беременности.

Известно, что пиелит принадлежит к частым осложнениям беременности. Мы в другой беседе подробно остановимся на этом чрезвычайно важном заболевании беременной женщины. Здесь же предложим себе вопрос: *что делать в нашем случае?*

1. Пиелит протекает без всяких бурных явлений. Нужно его лечить с сохранением беременности.
2. Нужно установить этиологию пиелита и в зависимости от нее принять то или иное решение.

Что касается этиологии пиелита беременных, то известно, что он встречается чаще в поздние месяцы беременности. В основе заболевания лежит затрудненный отток мочи вследствие давления матки на мочеточник и инфекция. Последняя, в огромном большинстве случаев колибациллярная, бывает или восходящей или же проникает по лимфатическим путям из толстых кишек.

В нашем случае, в силу раннего срока беременности, говорить о возможном давлении матки на мочеточник не приходится. Предполагая инфекцию лоханки, подвергнем осадок мочи бактериологическому исследованию. Лаборатория нам отвечает: в осадке кишечная палочка.

Итак полный диагноз нашего случая будет колибациллярный левосторонний пиелит на 2-м месяце беременности, протекающий без всяких острых явлений, и какой-то воспалительный процесс в матке. Можем ли мы сейчас, во время беременности, точно распознать этот процесс? Нет, не можем. При существовании болезненности беременной матки мы не будем допытываться истины. Предоставим нашей больной полный покой и займемся лечением пиелита.

Всякий пиелит требует немедленного лечения. Не активное вмешательство, не прерывание беременности будет задачей дня, а рациональное лечение пиелита.

Что касается искусственного аборта при пиелите, то в настоящее время он принципиально отвергается, и допускается лишь в тяжчайших случаях: в запущенных случаях, после безуспешного лечения всем арсеналом средств и мероприятий до промывания лоханки включительно.

В нашем случае нет никаких показаний к аборт, наоборот, есть абсолютное противопоказание к нему — воспалительный процесс в матке.

Итак будем лечить нашу больную: назначен полный покой, молочная диета, согревающие компрессы на область почек, обильное питье („Боржом“), внутрь уротропин, через день общая теплая ванна.

Больная провела в клинике 18 дней: боли в почечной области стихли, болезненность нижней части живота прошла. Анализ мочи дал норму. Исследование половых органов обнаружило безболезненную матку, беременную около 2 месяцев. Больная выписалась 24 августа.

Прошло около 4¹/₂ месяцев. 15 января 1926 г. ко мне на амбулаторный прием явилась та же больная С. С. с заявлением, что она себя чувствует хорошо, но крайне недоумевает, почему у нее не растет живот. За все время после выписки из больницы (с 24 августа по 15 января) у нее болей не было, менструация не появлялась. Больная начинает сомневаться в правильности больничного диагноза.

При осмотре больной — живот вполне мягкий, совершенно безболезненный. Через брюшные покровы беременная матка не определяется.

В чем же дело?

1. В августе была допущена диагностическая ошибка. Беременности не было. Матка была увеличена в силу воспалительного процесса.

2. Можно предположить, что плод погиб, выкидыша не наступило, плодное яйцо осталось лежать в матке (несостоявшийся выкидыш).

Для решения вопроса произведем внутреннее исследование: выделения слизисты, бесцветны. Шейка рожавшая, закрыта, матка в anteflexio-versio, увеличена соответственно 2 месяцам беременности, тестоватой консистенции. Своды свободны, левый свод несколько сужен.

Нет, ошибки не было: матка беременная. И если бы я больную увидел впервые сегодня, я бы предположил нормальную 2-месячную беременность, несмотря на столь длительную аменорею (последние регулы 30 мая). Но так как больная была мною исследована в августе несколько раз, находясь в клинике, причем уже тогда была определена 2-месячная беременность, то можно заключить, что в то время жизнь плодного яйца прекратилась, и дальнейшее развитие его остановилось.

Отчего же последовала гибель плода?

Тут мы должны ограничиться предположением, что воспалительный процесс, приведший больную в августе в больницу, и был причиной смерти плода. Возможно, что в то время наступили в эндометрии глубокие изменения, которые и повели к прекращению жизни плода. Это событие осталось конечно незамеченным; по затихании воспалительных явлений и симптомов пиелита больная покинула больницу и лишь спустя несколько месяцев пациентка обратилась к врачу, недоумевая, почему нет видимых признаков беременности.

Но почему же вслед за гибелью плода не наступило изгнание плодного яйца? Почему не наступил аборт?

Известно, что обычно спустя больший или меньший промежуток времени после смерти плода, плодное яйцо независимо от срока беременности извергается из матки. Старые авторы вообще отрицают возможность длительной задержки мертвого плода в полости матки. Теперь же мы знаем, что подобные случаи несомненно существуют, хотя и не часто. Причины длительного задержания плодного яйца повидимому весьма разнообразны. В качестве этиологических моментов задержания мертвого плодного яйца отмечены многочисленные патологические состояния, но они не могут объяснить всех случаев и часто являются лишь случайным осложнением несостоявшегося выкидыша: хронический метрит, эндометрит, ретрофлексия матки, патологическая тонкость маточных стенок, ригидность шейки, сужение зева матки, фибромиома матки, сращение яйцевых оболочек с отпадающей, перитонические сращения вокруг матки, чрезмерно долгое кормление грудью; заболевания центральной нервной системы, нарушение периферической иннервации матки, истощение вследствие частых родов, расстройство функции яичника, и даже нарушение в соотношениях желез внутренней секреции — яичника, плаценты, гипофиза и щитовидной железы — все эти процессы приводились авторами в качестве этиологических факторов длительного задержания погибшего плодного яйца. Конечно мы не будем останавливаться на разборе упомянутых гипотез, все же я считаю весьма важным факт, установленный многочисленными наблюдениями, что в большинстве случаев несостоявшийся выкидыш, missed abortion, встречается у многорожавших (по Булатову в 89% случаев). Повидимому здесь имеют значение изменения в самой стенке матки, усиленное разрастание соединительной ткани и замена ею мышечной, что ведет к недостаточной сократительной способности органа. В случаях missed abortion у первобеременных наблюдалась врожденная гипоплазия матки. Какова бы ни была истинная причина задержания погибшего плодного яйца в матке, факт, что при некоторых условиях плодное яйцо может остаться в матке и изгнания его может не наступить. Ка-

кова же судьба плодного яйца при задержании его в матке? При отсутствии в матке бактерий может наступить мацерация плода. Мацерированный плод неправильно называют мертво-гнилым; процессов гниения тут нет, мацерация есть процесс асептический: покровы плода имбибируются, наступает аутолиз; благодаря гемолизу околоплодные воды получают кровавую окраску, пуповина буреет, цвет кожи становится красным (*foetus sanguinolentus*). При проникновении в матку бактерий плод икорозно разлагается; процессы гниения ведут к распаду плода, к истечению грязных выделений, иногда чрезвычайно зловонных. Иногда кровь, изливающаяся из поврежденной отпадающей, частью вытекает наружу, частью же скопляется между оболочками. Кровяные сгустки постепенно уплотняются, обесцвечиваются и превращают все плодное яйцо в тело консистенции мяса; в результате мясной занос. Значительно реже при несостоявшемся выкидыше наблюдается мумификация плода (чаще при плодах старше 3 месяцев). Околоплодные воды всасываются, плод сморщивается, высыхает, кожа его тесно прилегает к костяку, туловище уплощается — в результате бумажный плод (*foetus compressus sive papugaseus*). Еще реже происходит окаменение плода: плод и оболочки пропитываются известковыми солями, происходящими из материнской крови.

Такой каменный плод, *lithopaedion*, может оставаться в полости матки весьма долго — описан случай задержания *lithopaedion*'а в течение 46 лет. В некоторых случаях задерживаются в матке отдельные части скелета плода: крайне интересный случай пятилетнего задержания костей плода в полости матки описал Л. Я. Цейтлин из клиники проф. Л. А. Кривского.

Таковы исходы продолжительного задержания плода в матке.

В нашем случае последние регулы были 30 мая, в августе беременность была 2-месячная, в августе же плодное яйцо погибло. 15 января величина матки соответствовала тем же 2 месяцам беременности. *Спрашивается, как поступить?*

1. Раз установлен несостоявшийся выкидыш, показано активное вмешательство. Во избежание возможных осложнений следует удалить плодное яйцо.
2. Показаний к вмешательству нет. Надо предоставить изгнание погибшего плодного яйца силам природы.

Ваши мнения разделились. И в литературе авторы расходятся во взглядах на терапию несостоявшегося выкидыша: одни (у нас *Ануфриев*) стоят за активное вмешательство, считая, что нахождение мертвого плода в полости матки не может остаться безразличным для организма матери и предпочитают не дожидаться разложения плода и кровотечения, другие (*Л. Г. Личкус* и др.) ведут *missed abortion* выжидательно, допуская вмешательство лишь при наступлении определенных показаний: кровотечения, явления сепсии и т. п. Как же быть? Полагаю, что всякое активное вмешательство должно быть оправдываемо вполне определенными показаниями. Какие же в нашем случае показания? Кровотечения нет, выделения нормальны, содержимое матки несомненно стерильно, иначе температура давала бы повышение. А задержание асептического плодного яйца само по себе, по моему глубокому убеждению, не служит показанием к вмешательству. Я определенно за выжидательный образ действий при *missed abortion*. „Наиболее осторожным и бережным нам представляется выжидательный способ при условии тщательного наблюдения за больной и немедленного перехода к активному вмешательству при малейших тревожных признаках со стороны половой сферы или общего состояния. Раньше или позже изгнание плода произойдет, и природа лучше справится с заболеванием, нежели врачебное искусство“ (*Л. Я. Цейтлин*).

Итак будем ждать, но как долго?

Опыт учит, что задержание яйца может длиться и 1 год и более. В русской литературе описаны случаи задержки яйца в течение 13 месяцев. (Федоров), 15 месяцев (Теребинская-Попова). В конце-концов все же наступает родовая деятельность, часто около срока доношенных родов. Начнутся схватки, появится кровотечение, и тогда можно будет ликвидировать патологический процесс.

Скажем больной всю правду, объясним ей сущность несостоявшегося аборта, постараемся ее убедить, что ей ничто не угрожает, что выжидание лучше вмешательства, предложим ей внимательно следить за переменами в состоянии здоровья и предупредим ее, что при наступлении каких-либо явлений, напр. кровотечения, повышения температуры, боли, ей надлежит немедленно поступить в клинику.



Рис. 51. Missed abortion.

Так я и сделал (15/1).

Прошло около 4 недель.

11 февраля 1926 года больная вновь поступила в клинику (№ приемного журнала 5056), с жалобами на кровотечение, начавшееся 4 дня тому назад. Накануне поступления при незначительных схваткообразных болях из влагалища вышел кусок, который она принесла с собой.

При осмотре больной найдено: выделения из половых путей кровянисты, скудны. Шейка цилиндрическая, наружный зев приоткрыт, вмещает кончик пальца. Матка несколько увеличена, плотноватой консистенции, левее средней линии, в легкой ретропозиции, чувствительна. Придатки не определяются. Левый свод сужен, правый широк, свободен.

Температура тела—36,6. Пульс—68.

Прежде чем дать заключение, осмотрим принесенный больною предмет. Он представляет круглое, величиною с персик тело, довольно плотной консистенции, темнокрасного цвета. Ясно различимы плодные оболочки и плацентарная ткань, занимающая около половины периферии плодного яйца. По вскрытии плодного яйца вылилось очень немного коричневато-бурой жидкости. В полости его находится плодик, сероватого цвета, длиною в 3 см, вислый на пуповине (рис. 51). На плодной поверхности плаценты видны узловатые возвышения, выступающие в полость плодного яйца, величиною от просяного зерна до горошины. На разрезе они представляют старые кровяные сгустки, в значительной степени обесцвеченные, оплотневшие, приобретшие консистенцию мяса.

Итак препарат представляет собою все плодное яйцо, в нем уже есть зачаток плаценты — из чего мы можем заключить, что плодное яйцо погибло в начале 3-го месяца. Длина плода всего 3 см; это объясняется тем, что за долгое время пребывания в матке он успел, вследствие всасывания жидких частей, уменьшиться в объеме. Бугристости в плаценте суть остатки кровоизлияний, предшествовавших гибели плода и подвергшихся за полгода пребывания в полости матки значительным изменениям.

В нашем случае кровоизлияния умеренной величины, при более значительном развитии они могли бы разрушить все плодное яйцо и, подвергнувшись соответственным изменениям, дать характерную картину мясистого заноса (*mola carnea*, рис. 52).

Но вернемся к нашей больной. Есть ли показания к вмешательству? Нет: плодное яйцо вышло целиком, отпадающая давно уже проделала

свое обратное развитие, кровотечения нет, матка хорошо сократилась. Есть ли противопоказания к вмешательству? Есть: матка чувствительна, левый свод сужен; повидимому тут есть давние изменения со стороны периметрия и широкой связки.

Итак будем смотреть на наш случай, как на пуэрперий после missed abortion, и назначим больной терапию: покой, лед на живот, уборку, спорынью с хинином внутрь.

Больная пробыла в клинике 6 суток, за это время температура не повышалась, кровянистые выделения прекратились, уступив место серозным, скудным выделениям. Болезненность прошла.

18 февраля больная выписалась здоровой.



Рис. 52. Переход кровяного заноса в мясистый.

Интерес случая. 20-летняя повторнобеременная поступает в клинику с явлениями пиелита при 2-месячной беременности. Одновременно есть воспалительные явления в матке.

Больная ведется консервативно и спустя 18 дней выписывается без жалоб. Спустя 4½ месяца она является вновь, недоумевая по поводу отсутствия признаков беременности. Исследованием обнаруживается беременность около 2 месяцев. Ставится диагноз несостоявшегося выкидыша. Избирается выжидательная тактика. Через месяц, т. е. за 4 недели до срока родов, наступает выкидыш. Препарат типичен для missed abortion, виден частичный мясной занос. Консервативное ведение больной. Выздоровление.

Этиология смерти плода — воспаление deciduae, поведшее к кровоизлияниям в нее. Интересно, что гибель плода не сопровождалась маточным кровотечением.

Пиелит — колибациллярный. Этиология задержки погибшего плодного яйца — воспалительные изменения в матке и периметрии.

Случай 24-й.

Д. И. Ф., 26 лет (№ приемного журнала 5991), поступила в клинику 5 марта 1926 г. с жалобами на кровотечение.

Регулы начали приходить с 17 лет, через 30 дней, идут 3 дня, необильны, без болей. Половой жизнью живет 5 лет. Родов не было. В 1925 году был самопроизвольный выкидыш на 3-м месяце. Женскими болезнями не хворала. Хотя и не помнит срока последней менструации, все же считает себя беременной 4 месяца.



Рис. 53. Пузырный занос. Схематично.

Беременность вначале протекала без особенностей. 4 января показалась кровь; кровотечение продолжалось 4 дня, причем никакой боли больная не ощущала.

Вторично кровотечение началось 29 января, что и заставило больную поступить в одну из городских больниц, где она пролежала до 4 марта. На другой день после выписки кровотечение возобновилось, притом довольно значительное. К вечеру того же дня больная поступила в клинику.

Больная правильного телосложения, умеренного питания, блондинка. Кожа и слизистые оболочки бледны. На коже локтей и предплечий обильное островчатое высыпание psoriasis vulgaris. T° тела—37,2. Пульс—76. Живот в нижней его половине выпячен, при пальпации определяется беременная матка, дно которой стоит на 1 поперечный палец ниже пупка. Матка чрезвычайно мягкая, под руками не сокращается.

Per vaginam. Наружные половые части развиты правильно. Вход нерожавший. Слизистая входа синюшна. Выделения незначительны, кровянисты. Шейка довольно длинная, цилиндрическая, наружный зев закрыт, в виде овальной ямки. Плод через своды не определяется. Своды свободны.

Каков диагноз? Какова должна быть терапия?

1. Беременность 4-месячная, кровотечение указывает на угрожающий выкидыш.
2. Кровотечение может зависеть от неправильного прикрепления последа; повидимому имеется предлежание последа.
3. Так как нет никаких указаний на начало аборта, можно предположить децидуальный эндометрит.
4. Можно предположить пузырный занос, тем более, что величина матки несколько не соответствует сроку беременности, указываемому самой больной.



Рис. 54. Частичная мола плаценты.

На первый взгляд простое и обыденное явление—кровотечение при 4-месячной беременности, а постановка диагноза порождает значительные разногласия. Не правда ли, странно. Конечно первая мысль, которая должна явиться: начинается выкидыш. Хотя мы и не знаем этиологии выкидыша в данном случае, мы склонны думать, что перед нами так называемый угрожающий выкидыш. Беременность вначале протекала без каких-либо особенностей. За два месяца до поступления началось первое кровотечение, возобновлявшееся впоследствии неоднократно. Больная отрицает всякое вмешательство, причина кровотечения ей неизвестна. Больше месяца больная лежала в больнице, где пользовалась лечением специалистов, выкидыш не наступил, схваток не было вовсе, но кровотечение возобновилось на другой же день после выписки из больницы.

Согласитесь, что течение болезни несколько необычно для начального аборта. Предположение о предлежании плаценты в столь ранний для него срок беременности мало обосновано. Правда мы не знаем, насколько часто предлежание последа является действительной причиной аборта на 4—5-м месяце, но не подлежит сомнению, что кровотечение, вызванное неправильным прикреплением плаценты, не может продолжаться, хотя и с перерывами, в течение 2 месяцев. Давно бы уже наступил выкидыш и он был бы так или иначе ликвидирован. Предположение об эндометрите мне также кажется неправдоподобным. Мы знаем, что хронический эндометрит нередко ведет к выкидышу, что до наступления такового наблюдаются то

более, то менее обильные кровянистые выделения из матки, далее, что часто беременность при соблюдении большой покоя не прерывается, а продолжается до нормального конца. Но разве можно себе представить, что эндометрит беременных в силу кровотечений доведет большую до состояния анемии, что при наличии столь значительных изменений в отпадающей беременности будет продолжаться?

Далее обратите внимание на анамнез: больная указывает, что никогда женскими болезнями, в частности белями, не страдала. Мы не имеем основания думать об эндометрите. Тот же анамнез говорит, что беременность 4-месячная. Больная настаивает на этом сроке беременности. Обратите внимание на живот. Пальпацией определяется дно матки, стоящее на 1 палец ниже пупка. Разве это соответствует 4 месяцам беременности? Поневоле обращает на себя внимание несоответствие между сроком беременности и величиною матки.

Мы видим перед собою матку большую, чем ей надлежит быть по сроку беременности. И вот эти два явления—длительные кровотечения и несоответствие величины матки сроку беременности—направляют нашу мысль на пузырный занос.

Но мы не можем, мы не должны бесповоротно принять этот диагноз. Если только обстоятельства дела (общее состояние больной, кровотечение) позволяют, мы должны выждать, раньше чем решиться на то или иное активное вмешательство.

Возможно, что в ближайшие дни наступят явления, могущие подтвердить наш предположительный диагноз.

Что же такое пузырный занос?

Пузырный занос (*mola hydatidosa*) есть своеобразное заболевание ворсистой оболочки (плаценты), сущность которого заключается в перерождении ворсинок хориона. Болезнь довольно редкая. *Malfatti* (1927) отмечает 13 случаев пузырного заноса на 28 тысяч родов, т. е. 0,046%. В большинстве случаев она поражает повторнوبرеменных (92,3%). При пузырном заносе плацента превращается в конгломерат гроздьев, состоящих из бесчисленных, разной величины, прозрачных пузырьков, похожих на виноград (рис. 53). Между пузырьками расположены прослойки отпадающей оболочки и организовавшиеся кровоизлияния. В то время как неизмененные ворсинки хориона представляют собою нежные, ветвящиеся, равномерной толщины образования, при пузырном заносе ворсинка превращается в сравнительно толстый шнур, на своем протяжении несущий много пузырей, расположенных четкообразно. Микроскоп обнаруживает превращение стромы ворсинки в отчетно-студенистую массу и исчезновение клеточных элементов ее. Покрывающие ворсинку эпителиальные элементы (синцитий и *Langhans'*ов слой) находятся в состоянии разращения, притом довольно беспорядочного. Понятно, что плацента, подвергшаяся столь глубокому изменению, не может быть на высоте призвания. Она функционально погибает, плод, лишенный питания, умирает. Лишь в исключительных случаях, при частичном перерождении плаценты, он продолжает жить и может даже достичь зрелости (*mola hydatidosa partialis*) (рис. 54). Обычно плод, погибший в ранний период своей внутриутробной жизни, подвергается процессам аутолиза и рассасывается. Ворсинки, разрастаясь неудержимо, внедряются иногда в мускулатуру матки, прорастая в исключительных случаях миометрий и даже брюшинный покров матки (разрушающий пузырный занос) (рис. 55).

Клинические явления сводятся к кровотечениям, появляющимся на 2—5-м месяце беременности, причем кровотечение то достигает сразу значительной силы, то, оставаясь умеренным, продолжается более или менее долгое время, временами стихая. Обыкновенно ставится диагноз угрожаю-

щего выкидыша, пока непомерно быстрый рост матки не обратит на себя внимание и не заставит заподозрить пузырный занос. Характерно, что при этом не прощупываются части плода, не прослушиваются его сердечные тоны. Далее отмечается поразительно мягкая, тестоватая консистенция матки, какую мы видим и в нашем случае. Авторы указывают на частичное сокращение отдельных участков матки как на симптом заноса. Часто наблюдалась усиленная рвота, отеки ног, альбуминурия—признаки интокси-

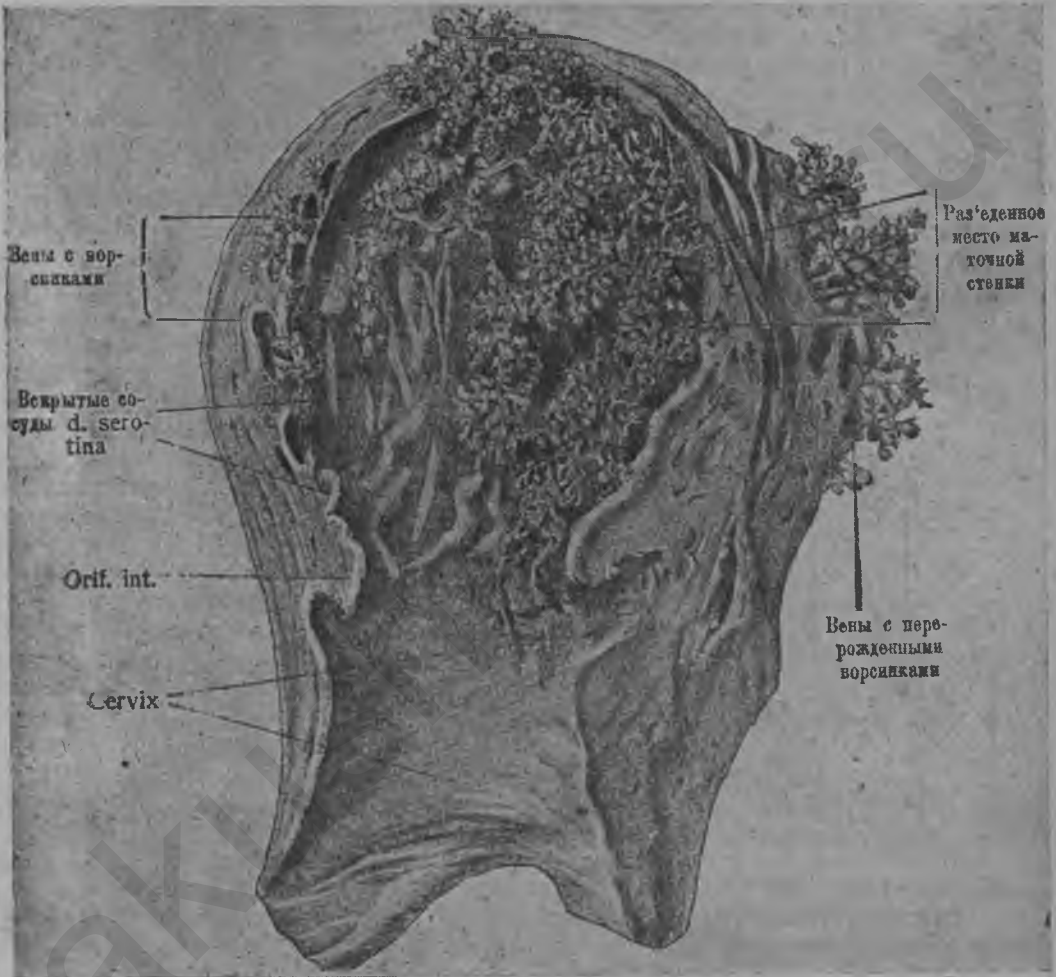


Рис. 55. Разрушающий пузырный занос.

кации. Во многих случаях удавалось диагноз поставить лишь когда вместе с кровью начинали отходить отдельные пузырьки заноса. В нашем случае длительные кровотечения, несоответствие между величиною матки и сроком беременности, поразительная мягкость матки и невозможность прощупать части плода ни при наружном, ни при внутреннем исследовании навели нас на диагноз заноса.

Мы решили выждать. В первые дни наблюдения кровянистые выделения были умеренные. Схваток не было. 10 марта дно матки определялось уже на полпальца ниже пупка. На местах псориаза отмечаются обильное шелушение и зуд. Временами рвота. Температура дает иногда

вечерние повышения до 37,4. До 17 марта выделения серозно-кровянистые, по утрам рвота. В общем самочувствие вполне удовлетворительное. Схваток не было вовсе.

18 марта возобновилось кровотечение, дно матки почти на уровне пупка.

Стало очевидным, что дальнейшее выжидание нерационально.

На что решиться?

1. Показания к прерыванию беременности налицо. Следует расширить шейку и удалить плодное яйцо инструментально.
2. Показано расширение шейки с последующим введением метрейринтера.
3. Лучше действовать бережно. Надо возбудить родовую деятельность горячими душами и питугландолем.

При пузырьном заносе идеалом образа действий является предоставление изгнания плодного яйца силам природы. И если бы не появились показания к неотложному вмешательству, мы так бы и поступили. Ведь мы ждали, ждали долго, может быть слишком долго (с 5 по 18 марта), именно в расчете на изгнание плодного яйца силами природы. Но родовая деятельность не наступила, не было завсе время наблюдения ни одной схватки. Пока у больной были лишь кровянистые выделения, мы могли ждать, но вот появилось значительное кровотечение (18 марта) и мы вынуждены вмешаться. Если бы можно было обнаружить хотя бы незначительную сократительность матки, мы дали бы питугландоль, начали бы делать горячие влагалищные души. Но мы знаем, что при отсутствии схваток препараты гипофиза схваток не вызывают.

Мы решили применить рекомендованный американскими авторами метод: дали касторовое масло (25,0), после чего по 0,2 хинина через полчаса в количестве 6 порошков. После этого — горячий влагалищный душ.

И не получили никакого эффекта. Наоборот, 19 марта кровотечения не было вовсе. Схватки не наступили.

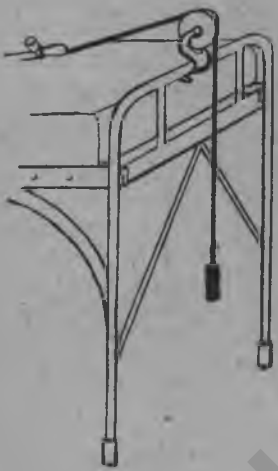


Рис. 56. Блок с грузом.

22 марта кровотечение возобновилось. Стало ясно, что надо действовать более активно.

Вы предлагаете расширить шейку дилататорами и удалить плодное яйцо инструментально. Как ни заманчиво ваше предложение, мы ему не последуем.

Правда, расширить шейку Негар'овскими расширителями можно — это не возбраняется, но удалить плодное яйцо с помощью инструментов нельзя. Я полагаю, что при пузырьном заносе надо избегать вхождения каким-либо инструментом в полость матки. Матка растянута, стенки ее истончены, часто имеется узура стенок вследствие разъедания их ворсинками заноса — при таких условиях всякая манипуляция инструментом грозит прободением.

И если при раннем пузырьном заносе, при сравнительно небольшой матке, инструментальное удаление плодного яйца, в частности выскабливание, есть манипуляция весьма опасная, то неужели вы решитесь на такую операцию при матке, дном своим стоящей на 1 палец ниже пупка.

Инструментальное удаление плодного яйца мы отвергаем совершенно.

Остается предложение — расширить шейку дилататорами и ввести в матку метрейринтер. Это будет несомненно наиболее правильный путь. Надо себе представить ход событий таким: мы расширим шейку по Негар'у до № 20—24 (это вряд ли представит большие затруднения, так как больная повторнوبرеменная), введем в полость матки свернутый баллон Браун'а, наполним его физиологическим раствором и будем ждать наступления родовой деятельности. Вероятно вскоре начнутся схватки, через несколько часов родится баллон и, если весь занос не родится вслед за метрейринтером, можно будет войти в матку пальцем и извлечь занос.

„Лучшая терапия — удаление пальцем“ (*Malfatti*). При этом, если даже не удастся удалить все пузырьки без остатка, мы все же стараемся не вводить инструмента. Пусть лучше останется в матке несколько пузырьков: правда обратное развитие матки задержится, выздоровление больной может затянуться, может быть даже в дальнейшем возобновление кровотечения заставит нас прибегнуть к операции выскабливания. Пусть так, но мы избежим риска перфорации матки, а к моменту последующего выскабливания стенки матки приобретут уже достаточные толщину и плотность.

Таким мы должны себе представить план действий.

22 марта, в 14 часов больная взята на стол. Под общим эфирным наркозом, после обеззараживания наружных частей и влагалища спиртом, введены зеркала, шейка низведена пулевыми, цервикальный канал смазан иодом; канал оказался легко проходимым для № 10 расширителей Негар'а. Последовательным введением дилататоров шейка расширена до № 22. В матку введен баллон Браун'а, сложенный сигарообразно и захваченный зажимом. По извлечении зажима в кишку баллона влито при помощи шприца Jannet'а 300 см³ физиологического раствора. Пулевые сняты, зеркала удалены, больная перенесена на родильную кровать. К кишке привешен груз в 400 г и перекинут через блок, привинченный к ножному концу кровати (рис. 56).

Спустя 2 часа начались схватки (15 часов), постепенно усилившиеся. В 2 часа ночи родился метрейринтер при легких потугах. Появилось незначительное кровотечение и не прошло получаса, как дежурный врач мог обнаружить выходящие из половых путей отдельными гроздьями пузыри заноса.

Спусти 2 часа начались схватки (15 часов), постепенно усилившиеся. В 2 часа ночи родился метрейринтер при легких потугах. Появилось незначительное кровотечение и не прошло получаса, как дежурный врач мог обнаружить выходящие из половых путей отдельными гроздьями пузыри заноса.

Диагноз подтвердился; а что же было делать дежурному врачу дальше? После рождения баллона схватки стали реже и слабее, кровотечение было незначительное. Общее состояние больной вполне удовлетворительное. Температура нормальна. Пульс 88. Он ре-



Рис. 57. Пузырный занос извергается.

шил дожидаться утра. В 9 часов я определенно высказался за ручное удаление остатков заноса.

Опять больная взята на стол, дан эфирный наркоз. Оператор путем внутреннего исследования определил, что шейка широко раскрыта, что в полости матки находятся объемистые сплоения пузырей (рис. 57). Двумя пальцами, введенными в матку, он отделил занос от стенок матки. Особенно плотно гроздь заноса были прикреплены к стенке матки в левом ее углу и на задней стенке. Постепенно удалось извлечь весь занос. Полость матки промыта горячей водой с прибавлением йода, после чего матка хорошо сократилась.

Больная перенесла операцию хорошо. Кровотечения больше не было. Послеоперационный период осложнился пuerперальным эндометритом. Температура давала вечерние повышения в течение 6 дней, причем один раз достигла 39°.

Бактериальная флора выделений была обильная и разнообразная, найден *Bacillus fusiformis*. С 29 марта температура стойко нормальная. Перед выпиской произведено внутреннее исследование: выделения чистые, серозные. Матка в антефлексии, сокращена недостаточно, увеличена. В боковых сводах значительно увеличенные, плотные, безболезненные придатки. 10 апреля больная выписалась.

Что же это за увеличение придатков?

Можно конечно отнести увеличение придатков за счет воспалительных изменений, происшедших вследствие инфекционного процесса, осложнившего пuerперий.

Против этого говорит с одной стороны их безболезненность, с другой—быстрота падения температуры и незначительность клинических явлений. Вернее предположить своеобразные кистовидные образования, которые часто сопровождают пузырный занос.

Дело в том, что иногда одновременно с развитием в полости матки пузырного заноса, в придатках образуются кисты, величиною от грецкого ореха до головки новорожденного. Эти кисты отличаются тем, что на их внутренней поверхности образуется желтый слой лютеиновых клеток. Кисты эти доброкачественны и после ликвидации заноса проредывают обратное развитие. Неоднократно наблюдалось после них наступление вполне нормальной беременности. Очевидно у нашей больной придатки были кистовидно изменены.

Пациентка выписалась. Значит ли это, что она вполне здорова и что ей ничего больше не грозит?

Конечно нет. Каждая больная, разрешившаяся пузырным заносом, должна остаться под врачебным наблюдением в течение нескольких месяцев, потому что она стоит под угрозой хорионэпителиомы. 5% всех перенесших пузырный занос женщин заболевает этим злокачественным новообразованием. Если регулы приходят правильно, если нет кровотечений или патологических выделений в течение нескольких месяцев или года, то пациентку можно освободить от врачебного контроля. В случае же наступления кровотечений, возникает подозрение на хорионэпителиому и надо поспешить с выскабливанием, чтобы во время поставить диагноз и радикальной операцией спасти больную от неминуемой гибели.

Мы отпустили нашу пациентку с предупреждением о необходимости являться на осмотр каждые 2 недели.

Вероятие в 5% случаев получить хорионэпителиому отнюдь не оправдывает предложения в каждом случае пузырного заноса экстирпировать матку. Я знаю женщин, благополучно разрешившихся здоровыми детьми, имея в анамнезе пузырный занос. В противоположность нам, отвергающим принципиальное удаление матки при пузырном заносе, *Malfatti* полагает, что экстирпация матки оправдывается у женщин незадолго до климактерия, так как в этом возрасте опасность хорионэпителиомы велика.

Интерес случая. 26-летняя нерожавшая, но имевшая один выкидыш женщина, считающая себя беременной 4 месяца, поступает в клинику с кровотечением, продолжающимся с перерывами уже 2 месяца. Несоответствие между сроком беременности и величиною матки, а также другие признаки, заставляют высказать подозрение на пузырный занос. Клиническое наблюдение подтверждает диагноз. После расширения шейки вводится в матку метрейринтер, по рождении которого занос удаляется рукою.

Послеоперационный период осложняется эндометритом. Больная выписывается со значительно увеличенными придатками (лютеиновые кисты). В виду возможности развития хорионэпителиомы в дальнейшем—она остается под амбулаторным врачебным наблюдением.

Случай 25-й.

Е. Н. Л., 38 лет (№ приемного журнала 8501), поступила в клинику для прерывания беременности по медицинским показаниям 13 мая 1926 г.

Из анамнеза мы узнаем, что регулы появились 16 лет, приходят через 3½ недели, идут по 4 дня, без болей, необильны. Половой жизнью Л. живет 18 лет.

Родов было 5; все роды и послеродовые периоды протекали без осложнений; последние роды были 3 года тому назад. Выкидышей было тоже 5. Последний выкидыш искусственный, 7 месяцев назад; в больнице было сделано выскабливание. Воспалительными болезнями никогда не страдала. Последние регулы 20 февраля.

Вначале беременность протекала без особенностей. С начала апреля появилась тошнота, больная стала замечать отеки на ногах. Одновременно с этим появилась одышка. Больная обратилась к терапевту, который и направил ее в клинику, найдя показания к искусственному абортю.

Больная — темная блондинка, среднего роста, резко подорванного питания. Кожа и слизистые оболочки бледны. Температура — 36,5. Пульс — 100, ритмичен, несколько напряжен. Границы сердечной тупости расширены, особенно влево, заходя пальца на 2 за сосковую линию. Систолический шум на верхушке сердца. Нерезкий акцент на 2-м тоне аорты. На легких притуплений нет. Дыхание всюду жесткое, кое-где выслушиваются сухие хрипы. Живот мягкий невздутый. Под правой реберной дугой прощупывается край печени, выступающий под дугой на 3 поперечных пальца. Селезенка не прощупывается.

В нижней части живота определяется тело беременной матки, дно ее на середине между лобком и пупком. На нижних конечностях умеренное расширение подкожных вен. В области голеностопных суставов и на голенях значительный отек. Анализ мочи: моча мутная, кислой реакции. Белка 0,06%. Эпителий мочевых путей и почек в небольшом количестве. Лейкоцитов 10—12 в поле зрения. Эритроцитов 5—10 в поле зрения. Гиалиновых цилиндров 0—1, зернистых 2—3 в поле зрения. Скорость оседания эритроцитов (реакция Fahraeus'a) — 1½ часа. Реакция Davis — отрицательная. Реакция Bothelo — положительная (+ +).

Заключение терапевта: недостаточность двустворки. Расстройство компенсации сердца. Сохранение беременности опасно. Показано прерывание беременности со стерилизацией. Желательно несколько отложить операцию до спадения отеков.

Таково было мнение терапевта.

Какова точка зрения акушера?

1. Прерывание беременности со стерилизацией необходимо в силу декомпенсированного порока сердца. К тому же анализ мочи указывает на серьезное поражение почек.

2. Так как очевидно показано чревосечение, приходится несколько отложить операцию в целях восстановления компенсации сердца. Для малюго кесарского сечения срок беременности существенного значения не имеет.

Вы соглашаетесь с диагнозом терапевта и с его предложением отложить операцию. Мы предпишем больной полный постельный покой, назначим ей молочную диету, назначим *infus. adonis vernalis* 3,0 : 100,0, *diuretin* 3,0 по столовой ложке через 3 часа. Мы будем следить за деятельностью сердца, за суточным количеством мочи, сделаем повторные анализы мочи. Наблюдение покажет, насколько явления декомпенсации будут уступать рациональному режиму.

А каков срок беременности?

По анамнезу она может быть 2¹/₂-месячная. Между тем матка по величине своей этому сроку не соответствует.

В чем дело?

1. Анамнез неточный. Многорожавшая женщина, вероятно не следила за сроками менструаций.
2. Несоответствие может зависеть от двойней, чрезмерного количества околоплодных вод.
3. Не исключена возможность пузырного заноса.

Действительно, причина несоответствия между предполагаемым сроком беременности и величиною матки может быть разнообразная. Спрошенная повторно больная с определенностью указывает срок последних регул — 20 февраля. Решить вопрос нелегко. Произведем внутреннее исследование и будем наблюдать.

Наружные половые органы развиты правильно. Волосистость умеренная. Половая щель несколько зияет. Стенки влагалища умеренно опущены, гладкие. Слизистая входа синюшна. Влагалищная часть шейки цилиндрическая, наружный зев приоткрыт, в виде поперечной щели. Тело матки большое, очень мягкое, тестоватое. Дно матки на 3 пальца ниже пупка. Части плода не определяются.

В течение первых дней пребывания больной в клинике никаких перемен не было. Отеки не спадали, дыхание учащено. Температура не повышалась. Анализ мочи, произведенный 18 мая, дал те же изменения: белок — 0,3%, зернистые цилиндры — до 10 в поле зрения, гиалиновые — 1—2 в поле зрения.

18 мая в 5 часов больную разбудило появившееся кровотечение. Кровь довольно алая, со сгустками. Схваток нет. Больная взята на стол. Дно матки на 2¹/₂ пальца ниже пупка, матка под руками не сокращается. Части плода не прощупываются, сердечных тонов нет. Кровотечение умеренное. Канал шейки проходим только до внутреннего зева; на передней стенке влагалища, на границе нижней и средней трети определяется ограниченная шероховатость. Введены зеркала: над уровнем слизистой возвышается узелок величиною с вишню, багрово-красного цвета, плотной консистенции.

Картина необычная. Что же это может быть?

1. Появившееся кровотечение решает вопрос в пользу пузырного заноса.
2. Узелок на стенке влагалища может быть только хорионэпителиомой.

За 4 дня пребывания в клинике матка заметно выросла, она по величине соответствует уже 5-месячной беременности. Началось кровотечение без схваток. Разве мы можем сомневаться в диагнозе пузырного заноса?

Появившийся узелок на стенке влагалища — явление зловещее. Это — хорионэпителиома. Неужели же он вырос за 4 дня? Я этого не утверждаю. Я думаю, что при первом осмотре 14 мая он уже был, но, будучи незначительным, почти не возвышаясь над поверхностью слизистой влагалища, он был просмотрен. 18 мая узелок был замечен при вагинальном исследовании, осмотр его с помощью зеркал выяснил весь трагизм случая.



Рис. 58. Хорионэпителиома матки с метастазами во влагалище.
(По Säckel'ю.)

Хорионэпителиома — новообразование чрезвычайной злокачественности, о происхождении и природе которого было так много споров и разногласий. *Sänger*, первый описавший эту опухоль, назвал ее *sarcoma deciduocellulare, deciduoma*, другие называли заболевание *carcinoma syncytiale, syncytioma*. *Marchand* установил происхождение клеток новообразования из эпителия хориона и предложил термин *chorionepithelioma*.

Новообразование это развивается большею частью через некоторое время после рождения пузырного заноса, или вслед за выкидышем или даже (чрезвычайно редко) доношенными родами. В предыдущей беседе я указывал на необходимость дальнейшего наблюдения за женщинами, перенесшими пузырный занос. У 5% из них в дальнейшем и появляется хорионэпителиома. *Veit* придерживается мнения, что во всех случаях хорионэпителиоме предшествует пузырный занос, хотя пузырьки в силу своего рудиментарного развития могут остаться и незамеченными. Как при пузырь-

ном заносе, так и при хорионэпителиоме мы видим разрастание тех же клеточных элементов, синцития и клеток Langhans'a, с одной существенной разницей: в то время как при заносе разрастаются все элементы ворсин, т. е. эпителий и мезодермальная соединительная ткань, при хорионэпителиоме мезодермальная строма отсутствует, а разрастаются исключительно эпителиальные элементы, причем преимущественно синцитий. В огромном большинстве случаев несколько месяцев, редко год и больше спустя после пузырного заноса, появляются симптомы новообразования.

Появляются сильные, неправильные кровотечения. Одновременно с этим ухудшается общее состояние, больная худеет, истощается, повышается температура, иногда на первый план выступают явления со стороны легких (боли в груди, кашель, кровохаркание). Эти последние симптомы указывают на метастазы новообразования в легких. В конце-концов больная погибает от истощения. На вскрытии находят в матке на бывшем плацентарном месте узлы новообразования величиною от вишни до куриного яйца, синевато-багрового цвета, весьма богатые кровью. Узлы эти отличаются большою



Рис. 59. Лютеиновые кисты при хорионэпителиоме.
(По Stöckel'ю.)

наклонностью к распаду. Часто при этом находят метастазы в стенках влагалища, которые могут достигать большей величины, чем первичные опухоли в матке (рис. 58). Иногда придатки значительно изменены: яичники представляют собой кисты большей или меньшей величины (рис. 59). В предыдущей беседе я уже имел случай говорить об этих кистозных опухолях.

Описаны случаи, где в матке не было обнаружено и следов новообразования, в то время как во влагалище и в легких имелись многочисленные переносы. Такие случаи называются эктопической хорионэпителиомой. Объясняется возникновение подобной хорионэпителиомы заносом способных к пролиферации эпителиальных элементов хориона в отдаленные органы, в то время как в самой матке не остается эпителиев, способных к разрастанию. С несомненностью установлено, что уже при физиологических условиях эктодермальные клетки ворсистой оболочки могут проникнуть в вены матки, по кровяному руслу могут быть занесены в легкие (Placentazellenembolie). Вероятно подобная депортация встречается чаще, чем мы предполагаем; клинических явлений она не дает, так как клетки эти не только не разрастаются, но уничтожаются защитными приспособлениями организма. При пузырном заносе, когда хориальные элементы получают способность безудержно размножаться, они врастают в стенку матки, иногда прорастают ее насквозь. Разъедавая на своем пути стенки сосудов, они врастают в просветы их и, будучи увлекаемы кровью, дают переносы в более или менее отдаленные органы (рис. 60).

Не правда ли, поразительная картина; злокачественное новообразование, исходящее от внутриутробного плода, разрушает материнские ткани!

Еще более поразительными и вместе с тем редкими являются случаи, когда еще при существовании в матке пузырного заноса появляются переносы, напр. в стенках влагалища.

И мы можем смело предположить, что в нашем случае именно и имеется столь необычайно раннее проявление хорионэпителиомы: вагинальный метастаз хорионэпителиомы при неродившемся еще и быстро растущем пузырном заносе!

Обнаружение узла хорионэпителиомы, развившегося в паравагинальной клетчатке и прорвавшегося во влагалище, сразу осветило наш случай



Рис. 60. Метастазы в легком при хорионэпителиоме. (По *Stöckel*'ю.)

зловещим светом. Неправда ли, какое превращение? Больная поступила с диагнозом беременности при пороке сердца для искусственного аборта. Прошло 4 дня и на ту же больную мы смотрим другими глазами: перед нами редчайший случай ранней хорионэпителиомы при неродившемся и быстро растущем пузырном заносе. Нам сразу все стало ясно: плохое общее состояние больной, поражение почек, как явление общей интоксикации организма, необычайно быстрый рост матки, невозможность определить части плода, внезапно наступившее сильное кровотечение.

Ясно, что помощь нужна немедленная. Что предпринять?

1. Надо удалить узел хорионэпителиомы и как можно скорее опорожнить матку, возбуждив родовую деятельность метрейризом.
2. Это пособие слишком мало радикально. Показано полное удаление матки и удаление метастаза.

Разберемся в терапии хорионэпителиомы. Хорионэпителиома есть новообразование чрезвычайной злокачественности. В более частых случаях, когда опухоль развивается после пузырного заноса или простого выкидыша, надо во-время подумать о возможности хорионэпителиомы. Продолжительное, непрерывное кровотечение или повторно появляющиеся внезапные кровопотери заставляют заподозрить хорионэпителиому. Безотлагательно нужно сделать пробное выскабливание. (Осторожно! Возможно прободение матки.) Микроскоп решит диагноз.

Вслед за этим нужно удалить матку с придатками радикально и при этом лучше через живот. Это правило. И то нельзя рассчитывать на успех. Неоднократно, несмотря на радикальную операцию, больные погибали от метастаза напр. в легких. Я помню случай, где больная после пузырного заноса заболела хорионэпителиомой и была в Тамбове радикально оперирована: был удален весь внутренний половой аппарат. Несмотря на это она через несколько месяцев была доставлена ко мне в клинику в тяжелом состоянии с явлениями кахексии, кровохарканием, одышкой, мучительным кашлем. В тазу обнаружен лишь небольшой узелок в стенке влагалища. Больная вскоре погибла. Вскрытие обнаружило обильные метастазы в легких, кровоизлияние в мозг. Подобные случаи заставляют нас спешить с радикальной операцией. И если в последнее время есть сообщения о благотворном влиянии радиоактивных тел на хорионэпителиому, если наблюдались случаи улучшения или даже выздоровления от рентгенотерапии, то все же требование радикальной операции остается в силе и по сей день.

Чем же наш случай отличается от классических случаев хорионэпителиомы? Тем, что новообразование развилось не спустя месяц-два после пузырного заноса, а выявилось уже во время беременности заносом. Неужели мы тут будем менее радикальны? Мы отвергаем опорожнение матки, потому что этим пользы мы не принесем. Занос удалим, а матку оставим, в стенках ее останутся побеги злокачественного новообразования. Может быть ворсинки уже внедрились глубоко в мускулатуру матки (*destruierende Blasentmole*) и очаг переносов останется нетронутым.

Мы должны удалить матку вместе с пузырным заносом, удалить по возможности весь внутренний половой аппарат. Одновременно требует удаления единственный доступный диагностике метастаз — узелок в стенке влагалища.

19 мая под общим смешанным наркозом произведено чревосечение: послойный разрез по средней линии от пупка до лобка; вскрыта брюшная полость. Беременная матка (величиною соответствующая 6 месяцам) выведена наружу и обложена салфеткой. Рельефно выделялись мощно развитые и расширенные вены в широких связках. Перевязаны с обеих сторон *lig. infundibulo-pelvica* и *lig. rotunda*, рассечены, широко вскрыты параметрии. Найдены и изолированно перевязаны с обеих сторон маточные артерии с венами. Поперечным разрезом надсечена брюшина пузырно-маточной складки. Пузырь туго отсепарован книзу до влагалища. Матка перекинута впереди, надсечен брюшинный покров задней поверхности шейки, а брюшина отсепарована книзу. Матка осталась висеть на влагалище. Ножницами вскрыта передняя стенка влагалища и после циркулярного рассечения влагалища матка экстирпирована. Зияющее влагалище закрыто несколькими узловыми швами. По остановке кровотечения зияющие параметрии закрыты (перитонизированы) кисетными швами. По обсушке полости таза послойно зашита брюш-

ная рана: наложен непрерывный катгутовый шов на брюшину, такой же на апоневроз, на кожу 3 шелковых шва и серфины. Повязка.

По окончании чревосечения больная переведена в спинно-ягодичное положение. Влагалище обнажено зеркалами и смазано иодом. Сидящий на передней влагалищной стенке узел хорионэпителиомы иссечен. Наложено несколько шелковых швов.

Продолжительность чревосечения—24 минуты. Общая продолжительность операции—30 минут.

Описание препаратов.

1. Беременная матка, соответствующая по величине 6-месячной беременности, равномерно мягкой консистенции. Левые придатки отклонений не представляют. Правая труба нормальна. Правый яичник мелкокистозно перерожден. Желтое тело на левом яичнике. По рассечении матки она оказалась наполненной пузырьным заносом, в верхнем отделе полости матки оказался амниотический мешок, содержащий плод, по величине соответствующий трем месяцам беременности (рис. 61).

2. Вагинальный метастаз представляет узелок величиною в крупную вишню, темнокрасного цвета. Микроскопическое исследование обнаружило обильные кровоизлияния и клетки хорионэпителиомы.

Анализ мочи в день операции.

Цвет мочи светло-желтый, реакция кислая. Белка 0,3%. Лейкоцитов 1—2 в поле зрения. Эритроциты единичные. Зернистых цилиндров до 10 в поле зрения, гиалиновых 1—2 в препарате.

Больная перенесла операцию хорошо. Течение послеоперационного периода гладкое. Температура дала двукратное повышение до 37,8 на 3-й и 4-й день после операции.

На 7-й день сняты швы с живота—первичное натяжение. Влагалищные швы сняты частью на 7-й, частью на 12-й день.

5 июня больная выписалась значительно окрепшей. Отеков нет. Рубец в порядке. Больной предложено периодически являться на амбулаторный прием.



Рис. 61. Пузырный занос (собственный препарат).

Интерес случая. 38-летняя многорожавшая поступила в клинику с явлениями декомпенсации сердечной деятельности для прерывания беременности. Решено операцию отложить до исчезновения отеков. Несответствие между величиной матки и сроком беременности дало подозрение на пузырьный занос. Начавшееся через несколько дней кровотечение побудило к повторному исследованию, причем обнаружен метастаз хорионэпителиомы на передней стенке влагалища. Решено немедленно сделать тотальную брюшностеночную экстирпацию матки и одновременно иссечь метастаз во влагалище. Операция и послеоперационный период без осложнений. Больная выписалась на 18-й день.

Случай представляет особый интерес вследствие раннего развития метастаза (еще до рождения пузырьного заноса). Матка оказалась содержащей пузырьный занос и амниотический пузырь с 3-месячным плодом.

ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ.

Случай 26-й.

Александра И., 26 лет (№ приемного журнала 3658), поступила в больницу 31 декабря 1925 года с диагнозом „беременность и туберкулез гортани и зева“.

Из анамнеза мы узнаем, что пациентка была беременна всего 4 раза. 31 мая 1921 года она родила первый раз, причем роды осложнились припадками эклампсии и были окончены оперативно. Ребенок мертвый. В мае 1922 г. у нее был самопроизвольный аборт, после чего она лечилась от „белей“. В 1923 г. она родила нормально. В мае 1924 г. — искусственный аборт, после чего долго лечилась у меня от метрита. Последние регулы 9 мая 1925 г.

При осмотре 9 сентября я нашел у нее беременность $3\frac{1}{2}$ месяцев. Общее состояние было хорошее. Анализ мочи обнаружил ничтожные следы белка и единичные хвостатые клетки.

Движение плода впервые заметила 28 сентября.

Измерение таза дало следующие размеры: d. sp. — 24; d. cr. — 27; d. tr. — 34; conj. ext. — 18.

30 октября я определил нормальную беременность $5\frac{1}{4}$ — $5\frac{1}{2}$ месяцев. Субъективно — никаких жалоб.

Спустя 2 месяца, 30 декабря, пациентка явилась ко мне опять. Общее состояние резко пошатнулось, больная похудела, осунулась. Жалуется на боли в горле, по поводу которых обращалась к нескольким врачам, причем всеми был поставлен диагноз: „туберкулез зева и гортани“.

Живот увеличен соответственно 9-му лунному месяцу. Плод во 2-м черепном положении, головка подвижна над входом в таз.

По поступлении в больницу больная была исследована компетентным ларингологом, давшим заключение: „туберкулезное поражение левой небной миндалины, туберкулезный отек левого черпаловидного хряща, показано немедленное прерывание беременности“.

Итак перед нами одно из самых грозных осложнений беременности — туберкулез гортани и глотки. Если диагноз в нашем случае бесспорен, то образ действий требует тщательного обсуждения.

1. В виду позднего срока беременности можно ограничиться лечением гортани и дожидаться срочных родов.
2. Беременность несомненно ухудшит течение болезни; необходимо прервать беременность.
3. Показано немедленное прерывание беременности, тем более, что можно рассчитывать на жизнеспособный плод.

Осложнение туберкулеза гортани беременностью может быть названо роковым, так как беременность ведет к быстрому ухудшению процесса.

Существует какая-то связь между гортанью и беременностью. Путем многочисленных гистологических исследований установлено, что в гортани во время беременности наблюдается переполнение сосудов кровью, мелкоклеточная инфильтрация подэпителиальной ткани и более глубоких слоев, образование папиллом на задней стенке гортани, на истинных и ложных голосовых связках, а также метаплазия эпителия (*Hofbauer*). *Imhofer* также находит в большинстве случаев у беременных разрыхление и отечность соединительной ткани, усиленное отторжение эпителия и инфильтрацию эпителиального слоя лейкоцитами. Обычно подобные изменения клинического значения не имеют и вскоре после родов проходят. Совсем другое

дело при туберкулезе гортани. Тут мы видим быстрое нарастание инфильтратий, изъязвлений и отеков. Болезнь прогрессирует на глазах, принимает злокачественный характер и в огромном большинстве случаев ведет к роковому концу.

Такое губительное влияние беременности на больных туберкулезом гортани было твердо установлено *Kuttner*'ом в 1901 году. Из 100 случаев, собранных последним, лишь 7 больных удалось спасти от гибели. По *Филатовой* (Москва, 1928) на 52 случая туберкулеза гортани у беременных смертность 67,3%. Немудрено, что в начале беременности туберкулез гортани признается всеми за абсолютное показание к прерыванию ее. Думаю, что никто из гинекологов, имея перед собою беременную в первой половине беременности, не уклонится от производства аборта. И действительно в недалеко зашедших случаях туберкулеза гортани прерывание беременности имело весьма благоприятное влияние на течение болезни. Иначе обстоит дело, когда больная приходит к нам во второй половине беременности или когда туберкулез разражается остро в более поздний срок беременности.

Существует мнение (*Novak*), что прерывание беременности во второй половине бесполезно, так как оно не может предотвратить летального исхода. Больная должна остаться под наблюдением, тем более, что появление удушья может заставить спешно произвести трахеотомию. Другие полагают, что в далеко зашедших, безнадежных случаях надо выждать в надежде получить живого ребенка.

У *Филатовой* в случаях начальной беременности производился аборт, но он не оправдал возлагавшихся на него надежд. 11 случаев с преждевременными родами кончились летально.

Вы предлагаете в нашем случае воздержаться от вмешательства и усиленно лечить гортань. Срок родов 17 февраля. До родов осталось около 6 недель. Можно ли со спокойной совестью, зная губительное влияние беременности на течение туберкулеза гортани, ждать 6 недель? Конечно, нет! Быстрое ухудшение процесса будет вам укором, и после печального исхода вам будет сделан упрек в неприятии во-время соответственных мер.

Мы должны вмешаться тем более, что компетентные ларингологи настаивают на прерывании беременности.

А плод? Наружное исследование указывает на внушительные размеры плода. И по сроку плод имеет 34 недели внутриутробной жизни. Он имеет все шансы выжить. А посему мы своим вмешательством вряд ли нарушим его интересы. Но мы должны учесть тяжелое состояние больной и произвести искусственные преждевременные роды наиболее бережным способом.

Каким?

1. Надо возбудить родовую деятельность введением метрейринтера и закончить роды, смотря по условиям.
2. Метрейриз в данном случае—метод ненадежный, роды могут затянуться. Лучше сделать влагалищное кесарское сечение.
3. В виду тяжелого состояния больной следует остановиться на самом бережном способе—проколе оболочек. †

Среди способов искусственных преждевременных родов прокол оболочек, предложенный *Scheel*'ем, занимает одно из первых мест. В конце беременности он действительно ведет неминуемо к родовой деятельности, но он имеет и крупные недостатки: 1) нельзя поручиться за скорое наступление родовых болей, схватки могут заставить себя ждать, 2) вскрывая

пузырь, мы получаем сухие роды со всеми неблагоприятными последствиями (инфекция), 3) может выпасть пуповина, особенно у повторно-родящих.

Учитывая все эти недостатки метода, мы должны его отклонить; нам нужно быстрое, но вместе с тем бережное родоразрешение, притом родоразрешение, не сопряженное с риском для здоровья матери и жизни плода. По тем же соображениям мы отвергаем и более старые методы, как введение буза между оболочками и стенкой матки, тампонацию влагалища и т. п.

Удовлетворяет ли этим требованиям второе ваше предложение, влагалищное кесарское сечение? Полагаю, что нет. *Hysterotomia anterior* дает нам возможность родоразрешить женщину быстро, в каких-нибудь полчаса. Но все же этот метод сопряжен с нанесением значительной травмы, а может быть также и кровопотерей. Тут ведь рассекается передняя стенка влагалища, отслаивается пузырь, рассекается вся шейка выше области внутреннего зева. Такое большое ранение может оказаться небезразличным для столь ослабленной больной, как наша пациентка.

Гораздо бережнее метрейриз. Наступление родовой деятельности вряд ли затянется: больная повторнородящая, предыдущие роды протекли быстро, беременность на 9-м лунном месяце, а известно, что чем ближе беременность к сроку родов, тем возбудимость матки больше. Мы решили ввести метрейринтер. Расширение шейки вероятно и не потребуется, ведь у повторнобеременной канал шейки задолго до родов проходим для пальца; мы привесим груз и тем ускорим наступление схваток. Противопоказаний к грузу нет, тут ведь нет предлежания последа. Если схватки будут реже и слабее, чем желательно, мы дадим *pituglandol*. По рождении метрейринтера зев будет достаточно раскрыт, и если не последует вскоре изгнание плода, мы разорвем пузырь. Во время медленного выпуска вод после разрыва пузыря мы будем следить за вступлением головки в таз и при опустившейся уже головке дадим еще раз *pituglandol*. Правда, некоторые авторы, как *Stoockel*, в предвидении плохих схваток после разрыва пузыря советуют принципиально делать поворот с последующим извлечением. Мы должны иметь в виду возможность подобного рода действий. Но скорее всего родовые боли, раз начавшись, после рождения баллона приведут к изгнанию плода.

Правда, метрейриз не может быть назван идеальным методом. Баллон есть инородное тело, вводимое в матку, правда, только в нижний отдел полости матки. Возможна инфекция как первичная, так и восходящая вторичная. Но мы почти уверены, что баллон долго в матке лежать не будет; что пребывание в матке будет кратковременным, а посему мы, соблюдая все правила асептики, в данном случае инфекции не боимся.

1 января в 13 часов 20 минут больная приготовлена к метрейризу. При внутреннем исследовании оказалось, что шейка цилиндрической формы, довольно короткая, цервикальный канал свободно пропускает палец. Над внутренним зевом определяется видный плодный пузырь, над ним — высоко баллотирующая головка.

Нам удается ввести метрейринтер без расширения шейки: введены ложкообразные зеркала, обнажена шейка, передняя и задняя губы шейки захвачены пулевыми щипцами. Баллон Braun'a, конечно стерильный, сложенный сигарообразно и захваченный специальным зажимом (см. рис. 7 на стр. 28), введен в шейку выше внутреннего зева. Зажим разомкнут, извлечен, причем указательным пальцем левой руки баллон удержан от выскальзывания. Приступлено к наполнению баллона. Поршневым шприцем, вместимостью в 100 см³, баллон наполнен *ad maximum* (его вместимость нам известна — 350 см³). Кишка баллона зажата зажимом Пеана, и после снятия пулевых и извлечения зеркала в ней привязан марлевый бинт, конец которого перекинут через блок, приделанный к ножному концу кровати. Привязан груз (1 кг).

Через $\frac{1}{4}$ часа начались родовые схватки, вначале редкие, вскоре учатившиеся. В 15 часов при потужных болях родился метрейринтер, вслед за ним отошли воды и в 15 час. 20 мин. родился плод мужского пола, живой, весом в 2700 г, длиною в 47 см. В 15 час. 55 мин. вышел послед; вес 550, размер 15:17.

В послеродовом периоде температура держалась субфебрильная. Инволюция матки протекала нормально. На 6-й день после родов родильница переведена в клинику болезни уха, носа и горла. Определено, что за эти несколько дней туберкулезное поражение прогрессировало. Изъязвление левой миндалины распространилось на мягкое небо и заднюю стенку глотки. В гортани—специфический отек обеих черпаловидных хрящей. В виду обширности поражения больная переведена в Рентгенологический институт для лечения лучистой энергией. Предсказание очевидно плохое. Туберкулезное поражение гортани и глотки приняло злокачественное течение, изъязвления—серпигинирующий характер.

И все же полагаю, что наш образ действий был единственно правильным. В данном случае искусственные преждевременные роды были показаны. Метрейриз был методом выбора. Это доказало течение родов. Условия для метрейриза были даны: 1) не было воспалительных явлений в половом тракте, выделения были нормальны, 2) предлежащая часть стояла подвижно над входом в таз, 3) беременность была настолько далеко зашедшей, что можно было рассчитывать на хорошие родовые боли, 4) шейка была достаточно проходима.

Баллон мы ввели между плодным пузырем и стенкой матки, т. е. экстраамниально. Ведь мы возбуждали преждевременные роды, а не тампонировали отделяющееся детское место при предлежании его.

Я уже сказал, что метрейриз—метод не идеальный. К недостаткам его принадлежат: 1) опасность восходящей инфекции, особенно если баллон лежит долгое время в матке, 2) опасность разрывов шейки или нижнего сегмента матки (это возможно при применении баллона в первую половину беременности, при насильственном протаскивании его через ригидный или мало раскрытый зев), 3) ненаступление родовых болей при очень мало возбудимой матке, 4) возможность отклонения головки в сторону, в результате чего может получиться косое положение, выпадение пуповины или мелких частей, 5) разрыв баллона при изношенности его.

Вдумайтесь в эти возможности и вы поймете, что можно избежать всех этих нежелательных явлений, работая строго асептично, владея безукоризненной техникой, вполне надежным инструментарием и тщательно следя за течением родов.

В разбираемом случае мы имели дело с самым жестоким проявлением бугорчатой инфекции беременной женщины—с туберкулезом гортани. Остановимся вкратце на бугорчатых поражениях других органов. Клинические наблюдения учат, что на течении туберкулезных заболеваний костей, суставов, почек, а также кожи (волчанка) беременность отражается неблагоприятно. Если туберкулез почки показывает нефректомию, то наличие беременности отнюдь не должно служить противопоказанием к операции. Если только вторая почка здорова, беременность и роды дают благоприятное предсказание. При наличии одной почки возможны как беременность, так и благополучные роды (случай *Александрова*). В литературе известны 11 случаев туберкулеза лонных костей у рожениц (*Peeremans*). Во время родов происходил разрыв симфиза. 10 женщин погибло. Практически наиболее важной формой бугорчатки является несомненно туберкулез легких. Тут возникает целый ряд вопросов, требующих ответа: возможна ли непосредственная передача инфекции матерью внутриутробному плоду? Как влияет туберкулез легких на течение беременности? Как отражается беременность на легочном процессе? Когда показано искусственное прерывание беременности? Может ли туберкулезная мать кормить своего ребенка? и т. п.

Прежде полагали, что туберкулезные палочки не могут перейти через плаценту к плоду. Новейшими же исследованиями с непреложностью доказано, что не только в случаях тяжчайшей чахотки, но и в сравнительно легких случаях в плаценте могут быть находимы бугорчатые изменения. Подобные поражения найдены в запоздалой отпадающей оболочке, в межворсистых пространствах. Не трудно себе представить, что здесь туберкулезная инфекция, по разрушении эпителия ворсинок, может проникнуть в строму ворсинок и в сосудистую сеть плода. Нахождение палочек бугорчатки в органах плода, напр., в забрюшинных железах, доказывает переход их от матери через плаценту.

Вероятно подобная внутриутробная инфекция туберкулезом встречается не часто, во всяком случае значительно реже инфекции грудного младенца от своей матери.

Туберкулез легких несомненно оказывает весьма неблагоприятное влияние на беременность. Нередко беременность прерывается раньше срока (выкидыши, преждевременные роды). Недоношенный младенец, родившийся от туберкулезной матери, часто не может противостоять вредностям окружающей среды, он „плохой жилец“. Не удивительно, если он погибает от случайной болезни, в борьбе с которой его более сильные сверстники выйдут победителями. К концу года жизни из детей, рожденных от туберкулезных матерей, в живых насчитывают всего 30—40%, совершеннолетия достигают лишь 15%.

Гораздо сложнее вопрос о влиянии беременности на легочный процесс.

Влияние беременности будет различно в зависимости от формы туберкулезного поражения. Если женщина перенесла туберкулез легких несколько лет назад и процесс поддался полному пресечению, то беременность не влечет за собой возобновления процесса. В таких случаях было бы ошибочно находить показание к прерыванию беременности. При скрытых формах туберкулеза легких в большинстве случаев процесс не ухудшается под влиянием наступившей беременности. Лишь в небольшом проценте случаев наступает обострение, которое и может послужить показанием к аборту.

Иначе дело обстоит при активных формах туберкулеза легких. Тут мы должны различать формы деструктивные, прогрессирующие и формы непрогрессирующие. При первых образ действий не подлежит оспариванию: беременность должна быть прервана, причем чем раньше, тем лучше. Я видел неоднократно случаи, в которых вскоре после прерывания беременности туберкулезный процесс затихал. Известно, что если беременность достигла уже поздних месяцев и мать дошла до тяжелого состояния, прерывание беременности бесцельно. Остается оставить беременность в интересах плода, не возлагая надежд на спасение матери.

При активных формах туберкулеза легких без деструктивных изменений дело обстоит сложнее. Тут надо учесть часто наступающее неблагоприятное влияние беременности на туберкулез. Процесс обостряется часто уже в первые месяцы беременности, особенно же опасен послеродовой период. Немало матерей погибает в первые месяцы после родов. И если в начале беременности невозможно с определенностью высказаться относительно прогноза для туберкулезного процесса, то тщательное наблюдение вскоре вносит ясность в положение вещей. Лучше всего подобное наблюдение проводить в санаторной обстановке: вечерние повышения температуры, ознобы или познабливания, ночные ноты, усиление кашля, появление хрипов там, где их не было, появление палочек в мокроте, кровохарканье и, что очень важно, падение веса или постоянство его—все это укажет нам на явно прогрессирующий процесс и заставит поспешить с прерыванием беременности. В таких случаях допустимо позаботиться и об обеспложивании женщины, о чем я уже говорил в одной из предыдущих бесед.

Вполне понятно, что в деле решения вопроса о показаниях к прерыванию беременности, а тем более при решении вопроса о необходимости стерилизации мы, акушеры, должны опираться на заключение опытного терапевта и действовать *ex consilio* — лишь при соблюдении этого условия наша врачебная совесть будет чиста, и мы предохраним себя от несправедливых, а может быть и справедливых нареканий.

Что касается кормления грудью, то, как правило, оно должно быть туберкулезной матери запрещено; лишь в исключительных случаях при давно излеченном процессе можно разрешить кормление, конечно, при условии добросовестного наблюдения за состоянием здоровья матери.

Вопрос о взаимоотношении туберкулеза легких и беременности не сходит со страниц современной специальной печати. И нужно сознаться, что единства во взглядах нет. Одни авторы ставят показания к прерыванию беременности широко, другие видят эти показания лишь в тягчайших случаях.

P. Strassmann очень сдержан в случаях не явно прогрессирующих. Верхушечные процессы следует оценивать очень осторожно. Важен не факт бывшего когда-то поражения, а объективные данные настоящего времени. Большую осторожность он рекомендует в деле оценки рентгенограмм. Из 2087 туберкулезных беременных, направленных в клинику (*W. Weibel*, Вена, 1926), подверглись операции прерывания беременности только 550 (26%), из них 21 со стерилизацией. Только 8 раз беременностью была прервана во 2-й ее половине. *Krafft* (Лозанна) видел нормальные роды при слегка суженном тазе при искусственном пневмотораксе. Не было даже заметной одышки. *Curti* (Brescia, 1927) горячо рекомендует туберкулезным беременным с односторонним поражением вместо того, чтобы жертвовать ребенком, накладывать пневмоторакс. Беременность и роды обычно протекают нормально. *Suess* (Вена, 1927), указывая на трудность предсказания, привлекает к решению вопроса реакцию оседания эритроцитов (*Fahraeus*). Реакция при туберкулезе легких ускоряется, при беременности также, но только после 3 месяцев. У туберкулезных беременных в первые месяцы реакция дает ценные указания на активность процесса и предсказания. Нижней границей нормы в первые три месяца беременности *Suess* считает 200—135 минут по *Linzenmeier*'у. Реакция ниже 60 минут во всех случаях указывала на активный процесс. При реакции между 60 и 135 минутами половина случаев были активные, половина неактивные, так что при реакции в 1—2 часа прогностически ничего не скажешь. Длительные реакции оседания (выше 4 часов) дают благоприятный прогноз даже там, где клиническое исследование указывает на активность процесса. Интересны результаты наблюдений *Gross*'а на огромном материале горной санатории Давоса (1927): „в большинстве случаев наступление беременности оказывает на туберкулез легких плохое влияние. Это неблагоприятное влияние выявляется обычно в течение первых трех месяцев беременности и в послеродовом периоде и отсутствует обычно во второй половине беременности. Причины его лежат в „анергии“ беременных, в изменении содержания в крови холестерина, в повышенной потребности в питании, в кислороде, в кальции. В послеродовом периоде неблагоприятно влияют потеря соков (лактация, потеря крови, лохий) и отсутствие высокого стояния диафрагмы. Брак следует разрешать лишь после излечения, беременность спустя 2 года после клинически установленного выздоровления. Если все же беременность наступает, то необходимы санаторное наблюдение и лечение, потому что при благоприятных условиях все же удается в большинстве случаев компенсировать неблагоприятное влияние беременности. Лишь в незначительном числе случаев, когда в течение первых трех месяцев беременности не удается получить улучшения в состоянии легких, показано прерывание

беременности с последующим санаторным лечением. Надо стремиться к тому, чтобы все легочные санатории имели акушерские отделения. Этим можно достичь того, что искусственный аборт станет показан лишь в очень немногих случаях. Abortus artificialis показан лишь тогда, когда санаторное лечение, в горном курорте, в течение первых 3 месяцев остается без успеха. Тяжелые случаи, особенно осложненные туберкулезом гортани, всегда показывают прерывание беременности“.

В заключение скажу от себя, что при решении вопроса о показаниях к прерыванию беременности у туберкулезных больных врач должен учитывать не только данные объективного исследования и клинического наблюдения, но и условия жизни больной, профессию ее и материальные возможности.

Интерес случая: у повторнобеременной во второй половине беременности обнаруживается бурно протекающий туберкулез гортани и зева. Ставится показание к производству искусственных преждевременных родов. Методом выбора признается метрейриз. Баллон, вместимостью в 350 см³, рождается через 2 часа, спустя 20 минут рождается живой плод. Несмотря на прекращение беременности туберкулез зева и гортани прогрессирует.

Случай 27-й.

А. В., 20 лет (№ приемного журнала 249), поступила в больницу 24 января 1923 года в 12 часов 25 мин. в родах.

Из анамнеза отметим, что она в детстве перенесла тяжелый острый суставной ревматизм. Менструации начала носить с 15-ти лет, через 4 недели, по 4 дня, без боли. Последние менструации от 2 до 8 мая. Половая жизнь с 10 мая 1922 г. Июньские регулы не наступили. В начале беременности протекала без особенностей. Не было ни тошноты, ни рвоты. 30 августа пациентка явилась ко мне с жалобами на одышку, колющие боли в области сердца. Мною была определена беременность 3¹/₂ месяцев. Общее состояние было хорошим. Отеков не было. На верхушке сердца выслушивался громкий, дующий систолический шум. Больная мною была направлена к терапевту. Последний нашел недостаточность двухстворчатого клапана, отсутствие каких-либо явлений расстройства компенсации и советовал беременность сохранить при условии соблюдения известного режима.

11 октября—самочувствие беременной сносное. Явлений декомпенсации нет. Дно матки на 1 палец ниже пупка (18 см над лоном). Размеры таза: dist. spin.—24¹/₂, dist. crist.—27¹/₂; dist. troch.—31; conj. ext.—18¹/₂. Окружность таза 86 см.

В декабре больная перенесла катаральную пневмонию, после чего состояние ее ухудшилось; усилилась одышка, стали появляться отеки на ногах. Анализ мочи дал норму. Больная после пневмонии долгое время лежала, принимала сердечные (adonis, strophanth), соблюдала строгий пищевой режим (молочная диета).

9 января она явилась ко мне. Беременность около 9 лунных месяцев. Головка стояла во входе в таз неподвижно.

Осмотр, произведенный 19 января, обнаружил, что головка стоит большим сегментом в полости таза. Дно матки опустилось (16/1). 23 января в 21 час внезапно отошли воды. Ночью начались родовые схватки, заставившие большую утром 24 января поступить в больницу.

При поступлении: женщина среднего роста, правильного телосложения, умеренного питания. Блондинка. Умеренная бледность кожи и слизистых оболочек. Отеков нет. Дыхание несколько учащено. Сердечная тупость расширена как вправо, так и влево. На верхушке громкий систолический шум. Пульс неполный, 104 удара в м. Т°—36,8°. Живот увеличен соответственно доношенной беременности. Дно матки на 3 пальца ниже мечевидного отростка. Мелкие части справа, спинка слева. Головка большим сегментом

в полости таза. Сердечные тоны плода выслушиваются несколько ниже пупка. Схватки редкие, через 20 минут, продолжительностью в одну минуту.

В чем тут патология? Каков должен быть наш образ действий?

1. Имеются нормальные роды у первородящей с органическим пороком сердца. Ведение родов должно быть строго выжидательным.
2. Имеется декомпенсация сердечной деятельности. К тому же роды могут затянуться в силу преждевременного отхождения околоплодных вод. Нужны терапевтические мероприятия, направленные к усилению деятельности сердца.

3. В виду серьезности положения больной нужно ускорить роды.

Роды при органическом пороке сердца! Неправда ли, комбинация, могущая внушить опасения за участь нашей больной. Прежде чем решиться на то или иное пособие, уясним себе, как отражается заболевание сердца на течении беременности и родов и, наоборот, как беременность и роды влияют на деятельность здорового и больного сердца.

Твердо установлено, что беременность предъявляет сердцу повышенные требования. Также понятно, что изменения топографических отношений (высокое стояние диафрагмы, поперечное расположение сердца) затрудняют деятельность его. Сердце должно при неблагоприятном положении преодолеть повышенное сопротивление на периферии. Для того, чтобы успешно выполнить свою задачу, оно должно напрячь все свои силы. В результате — физиологическое увеличение массы мускулатуры сердца. Установлено, что в среднем вес мускулатуры нарастает во время беременности на 25 г. Эту прибавку веса и объема сердца прежде объясняли гипертрофией его, в последнее время на нее смотрят, как на реакцию на беременность. Происходит ли при этом дилатация сердца, по меньшей мере сомнительно. Клинически установить таковую вряд ли возможно. Измененное положение органа, нарушение топографических отношений делают клиническую диагностику шаткой. Принято считать, что при отсутствии анатомических или функциональных патологических изменений кровеносной системы не происходит ни настоящей гипертрофии, ни дилатации сердца. Физиологическая реакция на беременность, выражающаяся во временном увеличении мышечной массы сердца, после родов вскоре проходит. Незначительные изменения в системе кровообращения, не дающие вне беременности никаких симптомов, во время беременности часто дают расстройства, порождая картину сердечно-сосудистой недостаточности. Такими изменениями могут быть малозаметные перерождения сердечной мышцы после перенесенных инфекционных болезней, дегенеративные изменения мышцы в связи с анемией или с развитием атеросклероза в тончайших разветвлениях венечных артерий и т. п.

Как трудно тут, при наличии незначительных расстройств кровообращения, во время беременности провести границу между патологией и физиологией! Гораздо меньше диагностических трудностей предъявляет явный клапанный порок. Далее не следует забывать, что во время беременности может проявиться токсическое влияние ее на сердце и сосудистую систему. В таких случаях явления со стороны сердца будут аналогичны другим токсикозам беременности. Действие специфических токсинов выразится в нарушении внутрисекреторного равновесия: тахикардия, гиперкинезия сердца, иррегулярность деятельности сердца, увеличение щитовидной железы.

Повторные беременности, особенно следующие одна за другой, могут повести к стойким изменениям в сердце и сосудистой системе. Сердце изнашивается, наступают явления перерождения: ранний артериосклероз,

дегенеративные изменения сердечной мышцы. К сорока годам сердце увеличено, гипертрофировано, повышенное сосудистое давление указывает на склероз артерий.

Мы, врачи-акушеры, обычно обращаем слишком мало внимания на состояние сердца наших беременных. В этой ошибке надо сознаться. Надо, как правило, у каждой беременной тщательно исследовать сердечно-сосудистую систему. В конце беременности мы найдем высокое стояние грудобрюшной преграды, особенно у первобеременных. Ортодиаграфически установлено, что купол диафрагмы, начиная с 8-го месяца беременности, стоит на высоте 3-го ребра или 3-го межреберного промежутка. Правая половина диафрагмы обычно стоит выше левой, особенно при выраженном наклонении матки вправо. Важно установить путем перкуссии нижние границы легких; лишь зная их, мы можем дать оценку фигуре сердечной тупости. Чем выше диафрагма, тем шире тупость сердца. Получается кажущееся увеличение размеров сердца. Физиологическое увеличение массы сердечной мышцы не поддается диагностике ни путем перкуссии, ни путем рентгенографии. Значение имеют и конституциональные особенности организма женщины. При длинной, узкой грудной клетке и низком стоянии диафрагмы картина будет одна, при коротком, широком *thorax'e*—другая; в последнем случае у женщин ожирелых могут наступить явления венозного застоя, может появиться цианоз и одышка даже при сердце функционально полноценном. Таким образом легкие расстройства в системе кровообращения могут выявиться в конце беременности у женщин с здоровой сердечной мышцей, с здоровым клапаным аппаратом, исключительно в силу механических моментов. Ясно, что эти расстройства исчезнут вслед за устранением обусловивших их факторов, т. е. немедленно после родов.

Аускультация дает часто усиление 2 тона на аорте и на легочной артерии. Это не есть акцентуация, характерная для клапанного порока или гипертонии, а лишь усиление тонов, зависящее от создавшихся в силу приближения сердца к передней стенке грудной клетки улучшившихся акустических условий. Иногда можно определить систолический шум, симулирующий митральную недостаточность. Нельзя ставить диагноза недостаточности двустворки лишь на основании триады: систолический шум, акцент на 2-м тоне легочной артерии и митральная конфигурация сердца, именно вследствие высокого стояния диафрагмы в поздние месяцы беременности. Тут надо учесть наличие или отсутствие этиологических моментов для изменений эндокарда, а также исследовать кровеносную систему в целом.

Акцидентальные шумы—явление нередкое при беременности. Около 30% всех беременных дают это явление. Почти всегда эти шумы систолические. Диастолические шумы без поражения клапанов аорты или легочной артерии принадлежат к редкостям и встречаются при тяжелых анемиях или высоких степенях гипертонии.

Нередко в родах слышен систолический шум; установлено, что он может указывать на функциональную недостаточность клапанов в зависимости от острого расширения сердца. Шум появляется скорее, если к тому же имеются изменения в сердечной мышце.

Пульс во время беременности часто учащен (тахикардия), в послеродовом периоде наблюдается наклонность к брадикардии. В основе этого явления лежат колебания тонуса в автономной нервной системе. Не последнюю роль играет также конституция женщины, внутрисекреторные влияния (щитовидная железа).

Большие трудности может представить оценка встречающейся иногда иррегулярности сердечной деятельности. Часто наблюдается респираторная аритмия (учащение пульса в начале вдоха, замедление при выдохе). Она значения не имеет и указывает лишь на известную лабильность нервной

системы сердца, на колебания тонуса *vagus'a* во время отдельных фаз дыхания.

Нередко также отмечаются экстрасистолы как в течение беременности, так и во время родов и послеродового периода. Экстрасистола определяется при пальпации пульса и аускультации сердца. Она есть не что иное, как преждевременное и более слабое сокращение сердца, за которым следует компенсаторная пауза. Иногда беременные ощущают ее сами, как толчок в сердце, сопровождаемый чувством мгновенной остановки сердца. В случаях экстрасистолы надо стремиться узнать ее причину. Тут могут иметь значение и гипертония, высокое стояние диафрагмы, токсические влияния на сердечную мышцу, разного рода нарушения кровообращения, внезапное повышение или понижение кровяного давления под влиянием вазомоторных или механических причин и т. п. Перечисленные моменты могут дать экстрасистолу и при вполне здоровом сердце и здоровой сосудистой системе. Конечно, большая сердечная мышца (миокардит) скорее будет реагировать экстрасистолой на указанные моменты, чем здоровая. А посему экстрасистола должна нас побудить к детальному исследованию сердечно-сосудистой системы. Она может быть не только выражением функционального расстройства, но и первым сигналом, знаменующим начало заболевания сосудистого аппарата и в таком случае покажет своевременное назначение кардиотонической терапии (*Jagic*).

Кровяное давление к концу беременности постепенно повышается. Во время родов оно подвержено значительным колебаниям. Повышенное давление есть следствие повышенного сопротивления на периферии. Этим и объясняется встречающаяся у беременных артериальная гипертония. Обычно она не достигает больших цифр, физиологический максимум кровяного давления—140 мм ртутного столба. Более высокие цифры (150 мм и выше) с определенностью указывают на патологию (чаще всего почечные процессы, реже артериосклероз). В таких случаях и сердце реагирует на повышенное давление гипертрофией своего левого желудочка. Важно, что при значительных степенях гипертонии альбуминурии может и не быть. Кровяное давление может достигнуть 150 мм, может наступить гипертрофия сердца без всяких субъективных явлений. Все же наблюдаются сердцебиения, головокружения. Лучевая артерия напряжена, сосудистая стенка гладкая, твердая, без склеротических изменений. Сердечная тупость у этих гипертоников расширена влево, 2-й тон на аорте акцентуирован, частота пульса или нормальна или же имеется тахикардия. Подобные случаи стоят на границе физиологии с патологией. Очень легко себе представить, что при таких условиях сердце окажется не отвечающим повышенным требованиям, наступает его недостаточность — в результате декомпенсация гипертонической кардиопатии во время беременности.

У неврастенических женщин встречается еще клиническая форма, основанная на происходящих в зависимости от психических моментов (возбуждение, страх), спастических явлениях в области напр. *splanchnicus*. В основе лежит повышенная возбудимость вазомоторов. Тут мы видим скоропроходящее повышение периферического давления с тахикардией и повышенной деятельностью сердца (гиперкинезия). Повторные измерения кровяного давления в таких случаях указывают на колебания его в течение короткого времени (нервный спазм сосудов). По миновании психического аффекта все приходит в норму.

Во время родов, как я уже говорил, наблюдаются значительные колебания кровяного давления, в зависимости от колебаний периферических сопротивлений. Вслед за разрывом пузыря наступает скоропроходящее понижение давления. По рождении ребенка кровяное давление возвращается к норме. Кровопотери, внезапное понижение внутрибрюшного давле-

ния влекут за собой также временное понижение кровяного давления. Но при отсутствии заболеваний органов кровеносной системы сердечная мышца, „первый мотор“ („второй мотор“ есть мускулатура и эластичность периферических артерий, так наз. „периферическое сердце“), с полным успехом приспособляется к задачам момента.

Все изложенное заставляет нас внимательно относиться к сердечно-сосудистой системе наших беременных и рожениц, следя за функциональной ее достаточностью.

Заболевания миокарда у беременных и рожениц бывают разнородны: с одной стороны, заболевание сердечной мышцы как следствие разного рода инфекций (послеродовой сепсис, ангины, суставной ревматизм), с другой, перерождения мышцы неинфекционного характера (*cardiopathia chronica degenerativa*). *Iagic* обращает внимание на особый вид кардиопатий, являющийся последствием гонорройной инфекции, причем поражение сердечной мышцы наступает не только после общего гонококкового сепсиса, но и после местной инфекции половой сферы. Большая часть хронических дегенеративных кардиопатий относится к поражениям артериосклеротическим. Нередко расстройства в сердечно-сосудистой системе зависят от жирового перерождения сердечной мышцы, так у женщин анемичных вследствие кровопотерь. У таких женщин наблюдается, вследствие жирового перерождения сердца, расширение его, систолические шумы. Тут возможно наступление явлений недостаточности. Высшая степень подобного жирового перерождения наблюдается при злокачественной анемии у беременных. При общем ожирении мы видим не жировое перерождение сердечной мышцы а так наз. „жирное сердце“. Нередко наступают явления недостаточности, как одышка, цианоз, понижение кровяного давления, тахикардия, расширение сердца, систолические шумы, застойная печень, отеки.

Наконец следует остановиться на заболеваниях клапанного аппарата сердца. В основе их лежит чаще всего эндокардит, после тонзиллогенных и ревматических инфекций; значительно реже *mesaortitis luetica* (поражение клапанов аорты).

Интересно, что иногда после хлороза развивается картина клапанного порока в смысле митрального стеноза. Вероятно и тут в этиологии была инфекция, незаметно протекшая, чаще всего тонзиллогенная, которая и повела у женщин, конституционально предрасположенных, к поражению эндокарда.

Митральный стеноз у женщин наблюдается особенно часто. Эта форма особенно опасна и служит показанием к прерыванию беременности, независимо от компенсации сердечной деятельности.

Пороки клапанов аорты также следует признать тяжким заболеванием и значительно более серьезным, чем недостаточность двустворки. Клапанные пороки сердца и беременность — тема бесчисленных работ последних лет. И если точки зрения большинства авторов относительно образа действия в таких случаях в общем и целом сходятся, то этого нельзя сказать по отношению к прогностике. Разноречивость мнений объясняется главным образом трудностью диагностики. Выше уже было указано, что систолический шум на верхушке сердца беременной женщины далеко еще не означает недостаточности двустворки и не оправдывает диагноза клапанного порока сердца. Каждый отдельный случай требует тщательной дифференциальной диагностики и, если порок сердца установлен, строгой индивидуализации. Нередко приходится видеть больных с органическим пороком, у которых наступившая беременность повела уже на первых порах к расстройству компенсации сердечной деятельности. В таких случаях показано прерывание беременности (абсолютные показания к аборту). Гораздо труднее решить вопрос об образе действий, когда нельзя предвидеть, как отра-

зится беременность на деятельности сердца. Если нет неотложных показаний к аборт, если состояние больной допускает выжидательный образ действий, то нужно учесть возможность ухудшений и в этом направлении действовать профилактически. Всякого рода инфекция может стать роковой. Ведь известно расположение беременных к эндокардиту, который может присоединиться к ангине и другим инфекциям. Вспышка давно затихшего эндокардита ставит беременную внезапно в опасное положение, и неожиданно разворачивается грозная картина сердечной недостаточности. Профилактика инфекций, забота о деятельности кишечника (высокое стояние диафрагмы), забота о покое и умеренном движении—все это существенные моменты в деле ведения беременных с пороком сердца. Первые симптомы сердечной недостаточности требуют особого к себе внимания. Случаи, в которых до наступления беременности в течение долгого времени компенсация была достаточной, дают лучшее предсказание. Случаи, где наступившая недостаточность быстро и легко уступает кардиотонической терапии, относятся к благоприятным. Если же восстановление компенсации скоро не наступает, показано прерывание беременности. Рекуррирующий эндокардит (повышенная температура, тахикардия, усиление шумов, дилатация сердца, застойные явления), обычно с вовлечением миокарда, показывает аборт. В виду существенного значения состояния сердечной мышцы, более важного чем состояние клапанов, следует особенно внимательно отнестись к больным старше 30 лет; у последних нередко встречаются дегенеративные изменения в сосудистой системе, которые уже сами по себе значительно омрачают прогноз. Не следует также упускать из виду, что в таких случаях каждая перенесенная беременность, каждые перенесенные роды могут повести к ухудшению состояния сердца, дегенеративные изменения в миокарде усиливаются, и повышается предрасположение к расстройствам компенсации.

Среди пороков сердца на первом месте стоит недостаточность двустворки (*insufficiencia mitralis*). Эта форма поражения клапанного аппарата, при условии полной компенсации, аборта не показывает.

По *Halban*'у *insufficiencia mitralis*—сравнительно невинное страдание (смертность 1,4%). Аборт показан лишь в случаях, когда расстройства компенсации наблюдались до беременности или когда они особенно тяжелы во время беременности. Предсказание омрачается возможностью наступления рекуррирующих эндокардитов и эмболий.

Лишь недостаточность, не уступающая рациональному режиму (покой) и кардиотонической терапии, заставит нас прервать беременность. Также мы должны поступить при недостаточности на почве гипертрофии (сифилис, склероз), при нефрогенной гипертонии, эмфиземе, высоких степенях кифосколиоза, бронхиальной астме, тиреотоксикозах базедовой болезни, крайних степенях ожирения. Во всех этих случаях могут наступить и часто наступают тяжелые кардиоваскулярные симптомы, зависящие от перегрузки сердечной деятельности. Наступающая недостаточность побуждает прервать беременность. Врожденные пороки, сопровождающиеся синюхой, показывают аборт.

Поражения миокарда с дилатацией и гипертрофией сердца, какие мы видим после перенесенных инфекций, склероз венечных артерий, также служат показанием к аборт. Описаны случаи внезапной смерти в родах (*Freund*). Я сам видел внезапную смерть непосредственно после родоразрешения у пожилой женщины, страдавшей миокардитом.

Митральный стеноз, по мнению большинства авторов, крайне неблагоприятен. Он серьезнее инсuffициенции. По этой причине рекомендуется прервать беременность, не дожидаясь наступления явлений сердечной недостаточности. Смертность беременных женщин и рожениц с митраль-

ным стенозом очень высока: особенно опасно здесь образование тромбов в сердце с последующей эмболией. Обычно стеноз двустворки сочетается с ее недостаточностью, чистые стенозы очень редки. Если явления стеноза преобладают над симптомами инсuffициенции (перерастяжение левого предсердия), мы говорим о митральном стенозе и этим ставим показания к аборту.

Zinstag настаивает на прерывании беременности со стерилизацией в каждом случае митрального стеноза. *Munro Kerr* (Глазго) полагает, что каждый случай митрального стеноза требует тщательного наблюдения и становится серьезным, как только наступает неправильная сердечная деятельность, крепитация в нижних долях легких, одышка при легких напряжениях. По *v. Iaschke* (1927) при полной компенсации стеноз не оправдывает ни аборта, ни стерилизации. Аборт показан при стойкой декомпенсации у пожилых, особенно же у многорожавших. Операция аборта делается предпочтительно под люмбальной анестезией. *Meyran* (Гамбург, 1927) дает отчет о 87 случаях родов при пороке сердца. 19 женщин погибли. Вскрытие обнаружило у 12 из них митральный стеноз, каковой порок дает грозное предсказание. Особенно отягчается прогноз, если одновременно имеются эндокардит, поражение сердечной мышцы или заболевание почек с повышением кровяного давления. *Lennie* (Глазго, 1928) сообщает о 86 случаях, в которых во время беременности наступили расстройства компенсации. В 57 случаях, т. е. в 67%, был митральный стеноз. В 20% роды протекали нормально, в 18% беременность прервалась преждевременно. Умерло 19 женщин, из них 5—не разрешившись. Автор рекомендует в родах делать кесарское сечение со стерилизацией в хлороформном наркозе, *Frey* и *Lardi*—под местной анестезией. *Robinson* (Ливерпуль, 1928) сообщает о 18 случаях митрального стеноза. Из них умерло 13, до, во время или вскоре после родов. Он советует прерывать беременность лишь после наступления компенсации. В 5 случаях тяжелого расстройства компенсации *Robinson* получил хороший непосредственный результат от кесарского сечения.

Чистые пороки клапанов аорты редки у беременных, даже при отсутствии декомпенсации показано прерывание беременности (*Munro Kerr*). *Insufficiencia aortae* несколько лучше стеноза аорты (*Halban*). Чаще в процесс вовлечены и другие клапаны, митральные, трехстворчатые. И если установлено множественное поражение клапанов, нельзя медлить с прерыванием беременности, потому что в таких случаях в дальнейшем течении беременности и в родах неминуемы тяжелые расстройства. То же следует сказать и об облитерации перикарда, о значительных степенях *mesaortitis luetica* (расширение восходящей аорты, систолический шум на аорте и гипертрофия сердца).

По *Fellner*'у каждая 40-я беременная (2,4%), по *Frey*'ю каждая 20-я (4,9) страдает пороком сердца. *Halban* находит эти цифры слишком высокими. По статистике *Traugott*'а и *Kautsky* на 8000 беременных в 0,7% были пороки сердца. *Frey* и *Lardi* (Цюрих) на 9966 родов отмечают 74 с пороком сердца. 12 раз беременность прервана, 43 женщины разрешились сами, в 19 случаях произведено кесарское сечение в конце беременности и в родах. Все матери поправились. Предсказание зависит не только от степени заболевания, но и от вида порока. В 80% случаев был митральный стеноз. Результат тем поразительнее, что в литературе говорится о высокой смертности при этом виде порока. Смертность по *Halban*'у 28%, у других авторов до 100%.

Декомпенсация обычно наступает во второй половине беременности; чем старше больная и чем больше у нее было беременностей, тем раньше у нее наступает декомпенсация (*Gibbon Fitzgibbon*). Из многорожавших лишь 50% донашивают свою беременность нормально. Декомпенсация у повторно-

беременных устранима труднее, чем у первобеременных. Нередко роды наступают раньше, чем устранена декомпенсация (*Gibbon Fitzgibbon*. Дублин, 1928).

При всех клапанных инсufficiенциях можно придерживаться выжидательного образа действия, при стенозах уместен образ действий активный. При решении вопроса о прерывании беременности решающее слово должно принадлежать самой больной. *Halban* видел случай, где больная отказалась от аборта; в конце беременности он произвел кесарское сечение с хорошим исходом для матери и ребенка.

То обстоятельство, что в 50% декомпенсированных пороков наступает выкидыш или преждевременные роды, облегчает решение вопроса о показании к прерыванию беременности. При декомпенсации с начала беременности до 8-го лунного месяца *Halban* советует делать *hysterotomia anterior*, после 8-го месяца—брюшностеночное кесарское сечение, если возможно под местной анестезией; также поступают *Frey* и *Lardi*.

В начале родов я советую дать *digalen* под кожу, в дальнейшем течении родов могут потребоваться впрыскивания кофеина или камфоры. В родах надо ускорить период потуг наложением щипцов. Родоразрешающие операции (щипцы, поворот с извлечением) *Sachs* (1928) советует делать под люмбальной анестезией (0,06 тропокоина). Вдыхания хлороформа и эфира он советует избегать. Полезно профилактически впрыснуть 1,0 питу-гландоля, чтобы избежать последующей атонии, и 2,0 секакорнина для предотвращения кровотечения (*Sachs*). Сильное выжимание последа по *Credé* тут противопоказано. *Halban* видел случай смертельного шока во время выжимания по *Credé*. Немедленно после родоразрешения рекомендую туго забинтовать живот полотенцем. *Sachs* советует положить на несколько часов тяжелый мешок с песком.

Следует иметь в виду, что даже если роды перенесены хорошо, то послеродовой период может дать неожиданные осложнения. По *Munro Kerr* вскрытие указывает нередко на острый эндокардит при старом клапанном пороке.

Из изложенного вы видите, какое огромное значение имеет состояние сердечно-сосудистой системы для наших беременных и рожениц. И если мы в настоящее время уделяем должное внимание состоянию почек наших беременных, то мы, к сожалению, менее внимательны к органам кровообращения. Разумной профилактикой, рациональной терапией и режимом сколько можно бы избежать горя и сколько матерей уберечь от тяжелых страданий, а может быть и от гибели.

Рассмотрим же в свете изложенных рассуждений историю болезни нашей роженицы. На четвертом месяце беременности терапевтом определена недостаточность двустворки при отсутствии каких-либо явлений расстройства компенсации. В этиологии клапанного порока—острый полиартрит. Катарральная пневмония повела к ухудшению состояния сердца (обострение эндокардита). Наступившая недостаточность сердца быстро уступила режиму и терапии. Роды наступили в срок. К сожалению воды отошли преждевременно, до начала болей. Значение преждевременного разрыва плодного пузыря различное, смотря по тому, опустилась ли головка в таз или стоит она подвижно над входом. В то время как в последнем случае (напр. при узкотазии) могут выпасть мелкие части и пуповина, могут отойти не только передние, но и задние воды, роды могут затянуться и наступить восходящая инфекция; при головке, вступившей в тазовой вход, дело не столь грозно: тут только период раскрытия более длительный, родовые схватки более болезненны, потому что раскрытие шейки берет на себя головка, шейка расширяется не сверху и изнутри мягким, эластичным плодным пузырем, а путем поступательного движения неподатливой головки.

Итак мы имеем основание предположить, что роды затянутся (сухие роды).

Но общее состояние роженицы при поступлении вполне удовлетворительно, отеков нет, пульс удовлетворительный, правда, дыхание учащено. Мы не видим показаний к вмешательству, мы будем вести роды консервативно, зорко следя за состоянием сердца, и будем готовы к вмешательству при наступлении показаний.

В течение 24 января и в ночь на 25 родовые боли очень редкие и слабые. Роженица чувствует себя хорошо; ночью сна. 25 января утром: схватки редкие, слабые. Сердечные тоны плода ясные. Каких-либо перемен в состоянии матери нет. 26 января: родовые боли участились; роженица жалуется на усталость и одышку. Отеков нет. Пульс 100—108. Дыхание несколько учащено.

Роды принимают затяжное течение: преждевременное отхождение околоплодных вод дает себя знать. Может быть возможно ускорить роды? Каково открытие зева?

Для решения этого вопроса мы решаемся сделать внутреннее исследование (8 часов).

Наружные половые органы развиты правильно, из влагалища истекают в незначительном количестве околоплодные воды. Шейка сглажена, зев открыт на один палец, края зева тонкие, малоподатливые. Головка выполняет полость таза.

Итак за 2½ суток родовой деятельности, хотя и очень вялой, зев открылся лишь на 1 палец. Это конечно результат преждевременного отхождения вод. Есть ли показания к вмешательству? Пока нет! Но они могут наступить в любой момент. Будем настороже!

В течение дня (26 января) никаких перемен не наступило. Поздним вечером пульс роженицы начал учащаться. Одновременно с этим он стал мягче, одышка усилилась. Ночью меня вызвали в больницу. Я увидел следующую картину: роженица крайне утомлена, жалуется на затруднение дыхания, горизонтально лежать не может, лежит с приподнятым верхним концом туловища (на нескольких подушках). Губы несколько синюшны, дыхание очень учащено, пульс 130—140 уд. в минуту, малого наполнения. Схватки частые. Сердечные тоны плода слева ниже пупка, 140 уд. в минуту. Я произвел внутреннее исследование: открытие зева около 3½ пальцев, края зева тонкие. Вод нет. Головка выполняет полость таза, покрыта родовой опухолью. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева и спереди, большой еле достижим справа и сзади.

Что делать?

1. Нужно немедленно закончить роды в интересах матери. Показано наложение щипцов.
2. Если показания к окончанию родов налицо, то нельзя этого сказать про условия к родоразрешению. Нужно рассечь зев и затем наложить щипцы.

Сомнения нет: роды нужно закончить. Мы достаточно ждали, надеясь на самопроизвольное изгнание. Но вот, в силу затянувшихся родов, в силу непосильной для сердечно-сосудистой системы задачи наступила недостаточность сердца—рожице грозит гибель. Показания к родоразрешению абсолютные.

Как родоразрешить? Вы сходитесь на наложении щипцов, как единственной для данного случая родоразрешающей операции. Но существуют ли все условия для щипцов? 1) Плод жив; 2) таз не представляет никаких препятствий; 3) головка плода соразмерна (не слишком велика, не слишком мала); 4) пузыря нет, воды давно прошли; 5) головка выполняет полость таза, стоит „zangengerecht“. Все эти условия налицо; последнее же, вернее первое, условие—полное открытие зева—не выполнено. Зев открыт лишь

на $3\frac{1}{2}$ пальца. Должно ли это обстоятельство нас удерживать от операции? Нет, всякое дальнейшее выжидание может повести к катастрофе. Мы должны создать достаточное раскрытие, и в данном случае это будет нетрудно, ведь шейка совершенно сглажена, края зева истончены. Надо зев рассечь, т. е. произвести подготовительную операцию *hysterostomatia*.

Рассечение маточного зева—операция, давно признанная. Она производится помощью длинных, искривленных под углом ножниц (*Sanger'a*, *Richter'a*), вводимых под руководством двух пальцев во влагалище. Средний палец вводится в зев, указательный помещался снаружи зева, верхушка ножниц помещалась в области зева, и одним или двумя ударами разрезались края зева на необходимую глубину. Обычно разрезы делают двусторонне—вправо и влево.

В настоящее время мы избегаем делать акушерские операции острыми инструментами втемную; рациональнее их делать под контролем зрения.

Мы вводим ложкообразное зеркало, обнажаем операционное поле подъемниками, захватываем края зева пулевыми щипцами и ножницами рассекаем зев в обе стороны, после чего извлекаем все инструменты и приступаем к родоразрешающей операции.

Будет ли наложение щипцов в данном случае трудным? Нет. Головка в полости. Первый момент механизма—сгибание—совершился, малый родничок стоит значительно ниже большого. Правда, второй момент механизма—внутренний поворот головки—не вполне завершился: стреловидный шов стоит в правом косом размере. Мы наложим щипцы в левом косом размере таза, не вполне типически по отношению к тазу, но типически по отношению к головке, бипариетально. При первых же тракциях внутренний поворот завершится, стреловидный шов станет в прямой размер, щипцы в поперечный, извлечение головки пойдет классически.

С наркозом нам надо быть очень осторожным, хлороформ противопоказан, мы дадим роженице легкий эфирный наркоз, предварительно впрыснув камфору и кофеин.

Ранним утром операция под эфирным наркозом: роженица перенесена на операционный стол, уложена с приподнятым туловищем; лобок, наружные части, внутренние поверхности бедер, промежность и *anus* вытерты спиртом и смазаны йодом. Введены зеркала, обнажилась лежащая головка и полуоткрытый зев, края которого тонкие, заостренные, напряжены до крайности. Зев захвачен спереди и сзади пулевыми щипцами, ножницами *Richter'a* зев рассечен вправо и влево на протяжении 3 см (рис. 62). Кровотечение ничтожное. Пулевые сняты, зеркала удалены. Приступлено к наложению щипцов: левая ложка взята левой рукой и, после разведения половых губ, введена



Рис. 62. *Hysterostomatia*.

в левую половину таза, причем направление взято кзади, на крестцово-подвздошное сочленение. После введения ложки рукоятка ее удерживалась помощником. Затем оператор взял правой рукой правую ложку и ввел ее, после отведения губ, в правую половину таза, причем направление взято кпереди (рис. 63). Ложка легла легко. Замыкание ложек совершилось легко: если щипцы захватывают головку поперечно и ложатся на одинаковые площади головки, замыкание не представляет трудности, замок смыкается, рукоятки сближаются почти вплотную.

Уже во время пробной тракции щипцы перешли в поперечный размер таза, стреловидный шов стал в прямой размер (рис. 64). Дальнейшие тракции произведены несколько вниз и горизонтально в направлении рукояток. Затылок низведен под лоно и выведен из половой щели, в вульварном кольце появились теменные бугры, выведены наружу. Щипцы сняты в обратном порядке: после размыкания замка сперва выведена правая ложка, причем рукоятка приподнята к левому паху матери, наконец левая ложка (рукояткой к правому паху матери). Выведение головки произведено по способу Ritgen'a: давлением на подбородок, прощупываемый через заднюю промежность (между anus'ом и копчиком), завершено разгибание: над спайкой появились лобные бугры, лицо плода и наконец подбородок. Родившаяся головка сразу же повернулась лицом к правому



Рис. 63. Стреловидный шов в правом косом, щипцы в левом косом размере таза.



Рис. 64. Стреловидный шов стал в прямой размер, щипцы лежат в поперечном.

бедру матери. Легким влечением за головку книзу под лоно подведено переднее плечико, заднее плечико выведено над промежностью потягиванием головки кверху. Плод взят за плечевой пояс и извлечен.

Наркоз прекращен. Роженица оставлена под наблюдением.

Младенец живой, женского пола, весом 3.200 г после перевязки пуповины передан акушерке. Через 20 минут вышел послед; осмотрен: без дефектов, оболочки все.

Осмотрена промежность и преддверье влагалища—разрывов нет.

Введены зеркала, края зева захвачены пулевыми и низведены. Справа положено 2 катгутовых шва, слева 3. Под кожу вырывают эрготин, на живот положен пузырь со льдом. Матка сократилась хорошо. Кровотечения нет.

Состояние роженицы после операции довольно тяжелое. Пульс 130, малый. Назначены полный покой, *coffeini* 0,1, 3 раза в день, *t-ra convallariae majalis*, молочная диета,

На другой день самочувствие хорошее. Пульс 120, неполный, мочилась сама. Матка на 1 палец ниже пупка. Выделения умеренные, кровянисты.

Послеродовой период прошел без осложнений: температура не повышалась. Пульс постепенно стал полнее, но давал до выписки 110—120 ударов в минуту. По заключению терапевта компенсация стала быстро восстанавливаться.

3 февраля, на 8-й день после родов, родильница перевезена домой с ребенком.

Интерес случая. 20-летняя женщина, страдающая недостаточностью митрального клапана (как последствием перенесенного острого полиартрита), в начале беременности давала полную компенсацию сердечной деятельности. После перенесения катаральной пневмонии появились симптомы недостаточности деятельности сердца. Был назначен полный покой и кардиотоническая терапия. Роды наступили в срок и в силу преждевременного отхождения околоплодных вод приняли весьма затяжное течение. К концу периода раскрытия наступили явления острого падения сердечной деятельности, заставившие поспешить с родоразрешением. Под эфирным наркозом, в полусидячем положении роженицы, произведено рассечение наружного маточного зева (при 3½ пальцах его раскрытия), наложены полостные щипцы. Извлечен живой младенец. Послеродовой период без осложнений. Явления декомпенсации постепенно прошли.

Случай 28-й.

К. В. В., 26 лет (№ приемного журнала 6967), поступила в больницу 12 мая 1925 г. с жалобами на сильные боли в пояснице и жар:

Больная считает себя беременной на 9-м месяце.

Месячные носит с 14 лет, через 3 недели, по 4 дня. Половой жизнью живет 3½ года. Настоящая беременность четвертая: два раза родила без каких-либо особенностей, первая беременность закончилась искусственным абортom. Времени последних регул, а также начала движений плода указать не может. Беременность вначале протекала нормально, за врачебным советом пациентка никуда не обращалась.

4 месяца т. н. на 5-м месяце беременности больная начала ощущать боли в правом боку, которые ее беспокоили мало. За неделю до поступления в больницу боли значительно усилились, стали отдавать вниз, начались ознобы, чувство жара, иногда рвота. Стул умеренно задержан, мочеиспускание затруднено. Больная обратилась к врачу, который и направил ее в больницу.

При поступлении: больная среднего роста, правильного телосложения, ослабленного питания. Анемии нет. На щеках румянец. Желтухи нет. Температура 37,5. Пульс 92, ровный, полный. Язык влажный, слегка обложен. Со стороны легких и сердца отклонений от нормы нет. Живот увеличен почти соответственно доношенной беременности. На коже живота обилие старых рубцов беременности. Пупок несколько выпячен. Дно матки на 3 п. ниже мечевидного отростка. В дне матки прощупываются ягодицы плода, спинка справа, мелкие части слева. Над входом в таз определяется баллаотирующая головка. Сердечные тоны плода выслушиваются справа ниже пупка. Брюшные стенки напряжены мало. Пальпация правого подреберья и правого hypochondria болезненна.

Наружные половые части без изменений. Произведено исследование per gestum. Шейка существует. Наружный зев проходим для пальца. Высоко над входом определяется подвижная головка.

Каков будет ваш предварительный диагноз?

1. Больная не в родах. Имеется какое-то острое заболевание, осложнившее беременность. Требуется более детальное терапевтическое обследование больной.

2. Нужно дифференцировать между аппендицитом, холециститом и пиелитом. Нужно срочно сделать анализ мочи.

Вы справедливо указываете на неполноту исследования. Ясно пока одно: больная не в родах. Боли не могут быть родовыми болями: они уже давно беспокоят больную, за последнюю неделю они сильно обострились, они не периодичны, а постоянны, они локализованы в одном боку, они не сопровождаются изменением консистенции матки, сама больная, рожавшая женщина, не считает их родовыми схватками. Мы должны всесторонне обследовать больную и прежде всего сделать анализ мочи.

Во избежание загрязнения моча взята катетером. Данные анализа следующие: моча мутна, цвет оранжевый, уд. вес 1 020, реакция кислая, уробилин очень ясно выражен. Белка 0,3%, сахара нет. Лейкоцитов очень много, эритроциты щелочные 1—4 в поле зрения, хвостатые клетки 2—6 в поле зрения, гиалиновые цилиндры до 10 в препарате.

Получив такие яркие данные анализа, мы имеем основание поставить предварительный диагноз пиелита. Вы еще до анализа высказали это предположение. Картина болезни слишком характерна. Каждая женщина, лихорадящая во время беременности, подозрительна по пиелиту. Недаром мой покойный учитель *В. Я. Миллер* говорил: „*In dubiis respice pyelitidem*“.

Если к тому имеются боли в почечной области, или область почек или одной почки болезненна, то диагноз почти достоверен. Конечно, надо исключить другие заболевания, как аппендицит, печеночные камни, плеврит, пневмонию. Анализ мочи подтвердит диагноз.

Действительно, зачастую нелегко бывает поставить диагноз для острых болей в животе у беременной. Пальпация затруднена присутствием в животе беременной матки. Брюшные стенки напряжены, топография брюшных органов изменена. Если боли правосторонние, то поневоле напрашивается мысль об аппендиците. Трудность диагноза увеличивается еще тем, что слепая кишка с отростком смещается беременной маткой вверх, чем нарушается обычная локализация процесса. Тут надо учесть анамнез, указывающий на бывшие уже приступы, перитонеальные явления, явления со стороны кишечника, лейкоцитоз, частый малый пульс, отрицательные данные анализа мочи. Болезненность точки *Mac Burney*'я может отсутствовать при аппендиците у беременных (в силу смещения аппендикса) и наблюдается иногда при пиелите.

Нелегка дифференциальная диагностика между пиелитом и желчно-каменной болезнью, особенно если она проявляется впервые во время беременности. Она облегчается, если в анамнезе отмечаются типичные приступы холелитиаза, со рвотой, болями, отдающими в плечо, с желтухой. Но и здесь пальпация печени, определение болезненного пузыря, желтушность склер, данные анализа мочи (пигменты) в конце-концов выяснят дело. *Istegus* в начале болезни определенно говорит за холелитиаз, при пиелите желтуха бывает редко и то при длительном течении болезни.

Не следует забывать и плеврита! Тщательные перкуссия и аускультация грудной клетки помогут разобраться.

В редких случаях и при пиелите вследствие поверхностных (из-за болезненности почки) экскурсий диафрагмы могут появиться в нижней доле соответствующего легкого явления ателектаза с заглушением перкуторного тона и мелкими хрипами. И здесь анализ мочи положит конец сомнениям. Нетрудно будет определить межреберную невралгию, которая у беременных иногда бывает довольно мучительна. Нахождение типических болевых точек по ходу межреберных нервов, отсутствие больших повышений температуры, отрицательные данные анализа мочи и тут выведут на верный путь.

У нашей больной диагноз вряд ли может представить большие трудности: боли, уже давно беспокоившие больную, внезапно усилились, лока-

лизуясь в одном (правом) боку. Одновременно начался жар, кашля не было. Отмечалось затруднение мочеиспускания. В легких патологических явлений не обнаружено. Явлений раздражения брюшины нет. Пульс умеренно учащен, полный. Болезненность при пальпации имеется в правом подреберьи и более кзади, в области правой почки. Симптом Пастернацкого (поколачивание по поясничной области) справа резко положительный. Наконец анализ мочи дает яркую картину пиелита (мутная моча, альбуминурия, обилие лейкоцитов в осадке, хвостатые клетки, цилиндры).

Итак перед нами пиелит при беременности.

Клинический опыт учит, что пиелит у беременных нередко просматривается, а вместе с тем именно мочевая система имеет теснейшее отношение к беременности. Уже без выраженного заболевания мочевых органов беременные женщины часто жалуются на явления со стороны мочевых органов. Учащенный позыв на мочу может зависеть от давления на пузырь со стороны беременной матки в начале беременности или головки плода в конце ее. Необычайно велико расположение беременных к циститу и пиелиту.

Катарр пузыря почти всегда восходящий. Мочеиспускательный канал редко не содержит патогенных форм. Свойственная беременности гиперемия стенок уретры, отечность их способствует прониканию их в ткани. К тому же изменение топографии уретры ведет к функциональной недостаточности внутреннего сфинктера канала. Неудивительно, что вслед за катетеризацией пузыря у беременных весьма часто развивается картина цистита. Последнее обстоятельство имеет большое практическое значение, оно заставляет нас избегать введения катетера; если же последнее необходимо, побуждает нас катетеризовать очень тщательно, асептично и принять те или иные профилактические меры (назначение уротропина, промывание пузыря например раствором ляписа 1 : 2000). Гонорройный цистит есть большая редкость, обычно возбудителями являются другие бактериальные формы, среди которых видное место занимает кишечная палочка.

Пиелит у беременных протекает параллельно с циститом или же последним не сопровождается.

На связь пиелита с процессами деторождения уже в 18-м столетии указал *Smellie*; как своеобразную клиническую форму пиелит беременных впервые описал *Kaltenbach* (1871). Большая часть заболеваний падает на вторую половину беременности, лишь 17,78% всех случаев относилось (по исследованиям *Иевлевой*) к первой половине. У повторнобеременных *pyelitis gravidarum* встречался почти вдвое чаще (64,1%), чем у первобеременных (35,9%). Этиология его различная. Он может быть последствием давнего латентно протекающего процесса, иногда даже являясь обострением хронического пиелита, начавшегося в детстве и ничем не проявлявшегося в течение многих лет. В основе его лежат два момента: задержка мочи и инфекция. Первое обстоятельство вам станет понятным, если вы вспомните, что беременная матка производит давление на мочеточник, затрудняя этим отток мочи из лоханки в пузырь. Последствием этого механического затруднения является дилатация мочеточника, застой мочи в лоханке. В силу обычно наблюдаемого при беременности наклона матки вправо, указанному сдавлению особенно легко подвергается правый мочеточник. Второй момент есть инфекция: она или восходит из пузыря, в каковом случае мы получаем *pyelitis ascendens*, или же инфекционное начало проникает в лоханку лимфатическим путем из кишечника, а именно из печеночной кривизны ободочной кишки (*bacterium coli*), а может быть и гематогенным путем. „Путь, по которому идет инфекция при пиелите беременных“, говорит *Robert Benda*, „обычно не восходящий, а нисходящий“. Интересно, что почти 1% всех беременных заболевает пиелитом и притом обычно правосторонним. Еще, в первой половине прошлого века *Cruveilhier* уста-

новил на трупах беременных расширение мочеточников. Все авторы находили эту дилатацию более выраженной справа, чем слева. *Weibel* удалось на живой женщине доказать это расширение мочеточника и застой мочи. Почти всегда место сдавления уретера располагалось на уровне безымянной линии, т. е. 11—15 см выше устья мочеточника. Насколько механические моменты одни могут объяснить дилатацию мочеточника, еще не решено. *Kehrer* придает большое значение гиперемии, свойственной органам беременных, *Stöckel* видит в ней действие гормонов, понижающих тонус уретера, *Sellheim* смотрит на расширение мочеточников как на частичное проявление „*Weitstellung*“ всех органов, причастных к пуэрпериальным процессам. Наконец возможно, что тут имеет значение повышенный тонус вагуса, доказанный *Louros*'ом на сосудах, *Westphal*'ем на желчных путях (*Robert Benda*). Опыты *Benda* показали, что в то время как в первой половине беременности повышен тонус симпатикуса и обычно повышено число опорожнения мочеточников, во второй половине ее, наоборот, повышен тонус вагуса и понижено число опорожнений уретера. Последнее обстоятельство при ненарушенной деятельности почек неминуемо должно вести к застою в лоханке. Эти опыты дают ценные указания для решения проблемы пиелита беременных. В основе лежат, согласно этого учения, не механические процессы, а нервно-мышечные.

Бактерии, чаще всего кишечная палочка (по *Иевлевой* в 90,32% случаев), найдя в лоханке застой мочи, быстро размножаются и, не будучи должным образом вымываемы из нее стекающей мочей, ведут к воспалительным явлениям в слизистой оболочке лоханки. В результате—острый пиелит.

Клиническая картина пиелита довольно разнообразна. Начало болезни то внезапное, острое, то более или менее медленно нарастающее. Боли в одном боку, чаще в правом, повышенная температура с большими ремиссиями, часто сопровождающаяся знобами, иногда рвота, учащенный, но полный пульс, болезненность при пальпации почки, положительный симптом Пастернацкого (болезненность при поколачивании поясничной области с той или другой стороны позвоночника), иногда болезненность при глубоком вдохе, в редких случаях желтуха.

На трудность дифференциального распознавания в некоторых случаях я уже указал. Я сам видел случай, где беременная женщина долгое время лечилась от малярии, пока не удалось установить истинный характер заболевания; в другом случае, весьма тяжелом, был распознан криптогенетический сепсис. О пиелите и не думали. *In dubiis respice pyelitidem*.

Решающим является исследование мочи, химическое, микроскопическое и особенно бактериологическое, а также цистоскопия. Мочу надо брать катетером, чтобы не быть введенным в заблуждение посторонней примесью (выделения влагалища). Обычно мы обнаруживаем альбуминурию, в осадке характерные для пиелита форменные элементы. Бактериологическое исследование обнаружит обилие бактерий, почти всегда кишечную палочку. Чистая культура *bacterium coli* или же с примесью других форм подтвердит диагноз. Интересно, что нет надобности, чтобы моча была резко мутна и содержала обилие лейкоцитов. При желании можно произвести катетеризацию мочеточников и исследовать мочу, отдельно добытую из той и другой лоханки. Катетеризация мочеточников укажет на проходимость или непроходимость уретеров и позволит установить односторонность или двусторонность процесса. Цистоскопия даст сведения о состоянии пузыря и решит вопрос, сопровождается ли пиелит циститом или нет.

Но вернемся к нашей больной: на 5-м месяце беременности появились первые симптомы правостороннего пиелита. Медленно нарастая, заболевание за неделю до поступления дало обострение, температура поднялась до высоких цифр, боли достигли значительной силы. Беременность почти

доношенная. Прежде чем решиться на какое-либо лечебное вмешательство займемся более подробным обследованием мочевой системы.

14 мая. Т° 38,0. П. 100. Схваток нет. Больная жалуется на сильные боли в правом подреберьи и в пояснице справа. Поколачивание по Пастернацкому справа вызывает сильные боли. Пальпация правого подреберья болезненна. Здесь определяется нижний полюс почки, в виде напряженной, очень болезненной опухоли, величиною несколько меньше кулака. Пальпация почечной области сзади усиливает боли, отдающие в подреберье. Моча содержит белок 0,45%, в осадке обилие лейкоцитов, хвостатые клетки, эритроциты 3—5 в поле зрения, много плоского эпителия, изредка гиалиновые цилиндры. Бактериологическое исследование осадка дало кишечную палочку в чистой разводке. Диагноз: pyelitis dextra acuta colibacillaris (nephropyelitis) sub graviditate. Pyelocystasia acuta.

Что предпринять?

1. Нужно лечить пиелит методами, признанными урологией, с сохранением беременности.
2. В виду тяжести случая и жизнеспособности плода показано искусственное родоразрешение с последующим лечением пиелита.

Полагаю, что мы каждый случай пиелита во время беременности должны тщательно лечить. Но не только тщательно, но и заблаговременно. Приходится сожалеть, что наша больная не обратилась к нам 4 месяца назад. Может быть благодаря сразу предпринятой терапии дело не дошло бы до тяжелой картины, столь бурно развернувшейся впоследствии.

В легких случаях мы уложим больную в постель, предпишем ей лежать на здоровом боку (в целях устранения давления на мочеточник больной стороны), дадим ей обильное питье (молоко, боржом, липовый чай), уротропин (helmitol, hetralin), рекомендуем ей легкую, нераздражающую диету. Нередко уже этих простых мероприятий будет достаточно для устранения застоя в лоханке, для спадения температуры. Мне удалось у молодой беременной 2 месяца женщины, медицинской сестры, болевшей уже 2 недели при явлениях высокой температуры, болей в боку и рвоты и лечившейся от яблони „неукротимой рвоты“, в три дня добиться нормальной температуры, исчезновения болей и полного субъективного благополучия.

В более тяжелых случаях приходится прибегать к местному лечению пиелита промываниями лоханки с помощью катетеризации уретеров. *Stöckel* доказал, что почти во всех случаях удастся таким путем добиться выздоровления. Конечно, выздоровление не следует понимать в смысле полного уничтожения инфекционного начала. К окончательному исчезновению бактерий не ведет ни один из методов лечения пиелита. В течение многих месяцев, а может быть и лет бактерии выделяются мочей, но эта бактериурия не дает клинических явлений. При отсутствии застоя мочи бактерии не проникают в ткани, токсины их не всасываются, почка и весь организм не страдают.

Если пиелит оставить без лечения, то развивается нарастающая интоксикация, которая уже сама ведет к прерыванию беременности.

По *Opitz*'у из 53 женщин, страдающих пиелитом беременных, 20 родили в срок, 23 преждевременно, 10 раз беременность была прервана искусственно. *Naujoks* (Кенигсберг, 1925) собрал 81 случай: 3 раза наступил выкидыш, в 34 случаях роды были преждевременные от 7 до 9 мес., 43 раза роды были срочные. Интересно, что многие дети рождаются или преждевременно или же мертвыми. $\frac{1}{3}$ всех плодов так или иначе погибает. *Naujoks* в нескольких случаях доказал переход кишечной палочки в плод (в крови сердца, в крови пуповины, в окружности сосудов хориона). *Иевлева* (Москва, 1928) на основании изучения 270 случаев (из 12 500 случаев

беременности—материал родильного дома имени Грауермана) также считает, что жизнеспособность плодов понижена. В 11,5% случаев наблюдались преждевременные роды.

Понятно, что столь частая и серьезная болезнь, как пиелит беременных, заслуживает серьезного внимания. *Heupemann* (Гамбург, 1925) требует клинического лечения, если только температура повышена в течение нескольких дней. Кроме постельного покоя, применения тепла, положения на боку он рекомендует обильное питье чая или лучше ограничение питья до 500—600 $см^3$ за день при одновременном внутривенном вливании уротропина. Хорошие результаты он видел от вакцинации; лучше всего действует *coli-* и *staphylojaten* межмышечно. *Grosse* (Nantes, 1924) также рекомендует для тяжелых случаев аутовакцину. При гнойных пиелитах он применяет промывание лоханок. Лишь в исключительных, запущенных случаях, особенно при пиелите стрептококковом, стафилококковом или при смешанной инфекции, приходится прибегать к нефротомии.

Американец *Hofbauer* применяет экстракты гипофиза вследствие их специфического антифлогистического действия, а также действия на перистальтику уретера. *Henryk Beck* (Варшава, 1928) привел свое лечение пиелита беременных в своеобразную систему. В течение первых 3 дней лечения предписывается бедная жидкостью диета (не более 400—600 $см^3$ жидкости в сутки), причем дается уротропин и салол по 4 $г$ pro die, внутривенные вливания 40% раствора уротропина, при одновременном цистите 10 $см^3$ 40% раствора уротропина в пузырь. Следующие 3 дня дают больной пить 2—4—5 литров сладкого чая в день, уротропин с салолом по 2 $г$, *theobrominum patriosalicilicum* по 0,5—3 раза в день. В клинике к этому прибавляется протеинотерапия. Этот метод дал *Beck*'у блестящий успех в 58 случаях.

Еще недавно излюбленной терапией пиелита у беременных был искусственный аборт. Действительно, после прерывания беременности пиелит обычно проходит. Да это и понятно: давление на мочеточник прекращается, моча стекает в пузырь, увлекая за собой возбудителей болезни (естественное промывание), всасывания токсинов, интоксикации больше нет. Остается упорная бактериурия, не дающая симптомов. Поэтому прерывание беременности до недавнего времени было методом выбора при пиелите.

В настоящее время мы заняли другую позицию. Мы принципиально отвергаем аборт при пиелите, мы лечим пиелит и сохраняем беременность. „Искусственный аборт в терапии пиелита является *ultimum refugium*, и даже на большом материале может встретиться раз в десятилетия“ (*Naujoks*). Клиника *v. Jaschke* также ведет пиелит при беременности строго консервативно. За последние 13 лет лишь в двух случаях из 100 пришлось беременность прервать (*Rossenbeck*). Мы должны всемерно стремиться к сохранению беременности. И в огромном большинстве случаев это нам удается. Горячо рекомендуем внутривенное вливание уротропина—метод лечения весьма простой и доступный. 5 $см^3$ 40% раствора уротропина мы вводим в вену локтевого сгиба. Обычно достаточно нескольких вливаний для получения клинического выздоровления. И если бы наша больная поступила к нам месяц—2 недели тому назад, мы бы иначе и не поступили. Но в данный момент подобная терапия вряд ли достигнет цели. Случай запущенный. Уже имеется расширение лоханки (пиелозктазия), инфекция уже перешла на почку, общая интоксикация выражена, боли весьма острые. Все это требует более активного образа действий. Настоятельно необходимо разгрузить почку, устранить застой мочи. А это возможно лишь путем родоразрешения. Хорошо, что беременность почти доношенная. Родоразрешив больную, мы получим живого ребенка и тогда уже приступим к лечению пиелита. С этим предложением согласился и наш уролог, доцент *А. И. Васильев*.

15 мая приступлено к производству искусственных родов. Больная взята на поперечную кровать. Наружным исследованием установлено, что положение плода 2-е затылочное, что головка подвижна над входом в таз, сердечные тоны выслушиваются справа ниже пупка.

После обеззараживания наружных частей введены зеркала и обнажена шейка. Тут же из заднего свода взят секрет для мазка. Влагалищная часть захвачена пулевыми, низведена, протерта спиртом и смазана йодом. Канал шейки свободно проходим для пальца, а также для № 17 гегаровских расширителей. Канал расширен до № 20; в нижний сегмент, экстраамниально, введен сложенный баллон Браун'а вместимостью в 400 см³, наполнен физиологическим раствором. Кишка баллона зажата, оставлена без груза. Инструменты удалены. Операция метрейриза произведена без наркоза. Спустя 10 минут начались родовые боли, спустя час родился метрейристер. Роженица вторично взята на поперечную кровать, дан наркоз (СНСl₃), оператор ввел правую, конусообразно сложенную руку во влагалище; открытие зева почти полное. Надавливая левой рукой на дно матки, он внутренней рукой разорвал пузырь и вошел в зев. Предлежащая подвижная головка отодвинута вправо в сторону спинки плода. По брюшной поверхности дойдено до ножек, всей рукой захвачена передняя (левая) ножка за голень (рис. 65). При содействии наружной руки с легкостью произведен поворот. Ножка выведена до колена. Через 15 минут начались потуги, плод родился до пупка. Ручным способом плод подтянут до лопаток, освобождена задняя (правая) ножка, плод повернут на 180°, извлечена левая ручка. Головка выведена по Mauriceau-Smellie-Veit'у. Пуповина обвита вокруг шеи 4 раза. Ребенок живой, мужского пола; вес 2900 г, длину 49 см.

Послед вышел через 30 минут, без дефектов, оболочки все. Кровотечения нет. Матка сократилась хорошо.

Вечером t° 38,7. Ночь родильница провела плохо. Утром — 38,6. Пульс 120, неполный. Язык влажный, обложенный. Жалуются на боли в правой почечной области и на жажду. Живот безболезнен. Матка на 2 пальца ниже пупка. Мочи за сутки 700 см³. Для анализа моча взята катетером. Назначена молочная диета, helmitol 0,3 3 раза в день. В мазке, взятом во время операции из верхней трети влагалища, обнаружена кишечная палочка.

В первые дни после родов температура держалась субфебрильная. Боли в почечной области постепенно стихли. Общее недомогание и слабость. Кормит ребенка грудью.

20 мая катетером выпущена моча (400 см³), очень мутная, с быстро образующимся осадком. Цистоскопия — выраженные явления воспаления слизистой оболочки всего пузыря.

Катетеризация правого мочеточника: катетер входит на 25 см. Полученная из правой лоханки моча, колич. 20 см³, мутная, кислой реакции, индикан выражен ясно. Белки 0,3%. Сахару нет. Единичные неизменные эритроциты, лейкоциты до 15 в поле зрения, эпителиальные клетки, клетки хвостатого эпителия 2—3 не в каждом поле зрения.



Рис. 65. Поворот при головном предлежании. Ножка захвачена.

Лечение заключалось в постельном покое, молочной диете, назначении helmitol'я почти ежедневном промывании пузыря борной водой с последующей инстилляцией 1% раствора колларгола.

До 30 мая держалась субфебрильная температура. Послеродовая инволюция завершилась нормально. 4 июня больная выписалась с ребенком для амбулаторного лечения.

В дальнейшем мы стараемся следить за больной, потому что после перенесенного пиелита беременных „важно наблюдение после родов, во избежание рецидивов во время менструации или новой беременности“ (Heupetaпп).

Интерес случая. 26-летняя женщина на 5-м месяце своей четвертой беременности начинает ощущать боли в правом боку. Около 2 недель до предполагаемого срока родов она поступает в довольно тяжелом состоянии с высокой температурой, знобами, рвотой. Объективное исследование в связи с данными анализа мочи дают возможность поставить диагноз острого правостороннего пиелита с пиелозктазией. Случай признается запущенным, ставятся показания к искусственному возбуждению родов. Метрейриз дает хорошую родовую деятельность. По рождении баллона производится поворот на ножку. Плод почти доношенный родился живым. Энергичное лечение в послеродовом периоде ведет к излечению. Цистоскопия указывает на резко выраженный цистит; как в секрете влагалища, так и в осадке мочи определяется кишечная палочка. Пиелит восходящий, колибациллярный.

Случай 29-й.

Е. Ш., 21 года (№ приемного журнала 9184), поступила в клинику 30 мая 1926 года в 16 часов 45 минут с жалобами на схваткообразные боли в животе, появившиеся за день до поступления.

Из анамнеза мы узнаем, что пациентка до замужества ничем не хворала. Половой жизнью живет 2½ года. Родов не было. Выкидышей было 2, протекали без осложнений. За последние 2 года бывают расстройства кишечника, временами боли в животе. Менstrуальные приходы правильны, через 4 недели, по 4—5 дней, не обильны, без боли. Последние регулы в конце декабря 1925 года. Пациентка считает себя беременной около 5 месяцев. Беременность протекала без особенностей, не было ни рвоты, отеков, ни болей.

13 мая пациентка впервые почувствовала движение плода. 29 мая заболела сразу, начались острые схваткообразные боли в животе. Вместе с тем поднялась температура, всю ночь был жар. Среди ночи больная измерила температуру—40°. Боли хотя и схваткообразные, но возвращаются далеко не через правильные промежутки времени, а в неопределенное время. Никаких выделений из половых путей не заметила. Стул задержан, мочеиспускание иногда учащено.

При поступлении: больная среднего роста, правильного телосложения, умеренного питания. Окраска слизистых нормальна. Температура 37,0. Пульс 96, ровный, удовлетворительного наполнения. Язык влажный, обложенный. Сердце, легкие без изменений. Живот значительно увеличен, кожа его чиста. Пальпацией определяется беременная матка, дном своим доходящая на 2 пальца ниже пупка, под руками не сокращается, безболезненная.

Чувствительность определяется как в подреберьях, так и в подвздошных областях. Défense musculaire нигде нет. Сердечные тоны плода нигде не прослушиваются.

Исследование per vagin.: наружные части разрыхлены. Слизистая преддверья синюшна. Выделения умеренны, молочного цвета. Плева кольцевидная, с двумя разрывами. Стенки влагалища гладкие; шейка цилиндро-коническая. Наружный зев овальной формы, закрыт. Через передний свод определяется небольшая баллотирующая головка плода.

Каков диагноз?

1. Имеется 5-месячная беременность. Начинается выкидыш.
2. Указаний на угрожающий выкидыш нет. Повидимому имеется осложнение беременности пиелитом. Требуется анализ мочи.
3. Скорее всего имеется какое-то заболевание кишечника. Диагноз может быть выяснен лишь путем наблюдения и детального обследования больной.

Действительно, очень трудно бывает поставить диагноз при остром заболевании органов живота во время беременности. Первой нашей задачей будет установить, нет ли какого-либо воспалительного процесса в половой сфере или не объясняются ли боли сокращениями матки, не начинается ли выкидыш или преждевременные роды? Повторнобеременная женщина, уже знакомая с родовыми болями, нам укажет, что на этот раз боли совсем другого характера, не похожи на родовые схватки. Первобеременная, лишенная опыта, склонна принять всякую боль в животе за родовые схватки. Тут надо объективно подойти к решению вопроса. У нашей больной беременность 5-месячная. Величина матки вполне соответствует сроку последних регул и первого движения плода. Боли, начавшиеся накануне вечером, не могут быть признаны родовыми, они не периодичны, они слишком остры; даже длительная пальпация матки не улавливает сокращений ее. К тому же матка совсем безболезненна, как и нечувствительны области придатков, расположенных во время беременности у самых краев матки.

Мы можем исключить половую сферу, как источник болей, и должны обратиться к другим органам брюшной полости, в поисках объяснения клинической картины. Болезненность определяется в epigastrio, в подреберьях, и в боковых отделах живота. Болезненность диффузная, не локализована на каком-либо ограниченном участке. Печень не прощупывается, желчный пузырь не выдается из-под реберной дуги. Перитонеальных явлений нет. Повидимому перед нами кишечное заболевание, тем более, что стул задержан, язык обложен, температура повышена. С другой стороны при острых болях в животе у беременных не следует забывать пиелита. А посему возьмем мочу для анализа и будем наблюдать.

31 мая. Ночью появился понос (5 раз за ночь), тошнота, 1 раз была рвота. Сильно потела. Утром жалуется на слабость, полное отсутствие аппетита. Боли в животе несколько легче. Т° нормальна. Пульс—88. Язык резко обложен. Живот умеренно вздут, чувствителен по ходу толстых кишек, начиная от правой подвздошной области до S-образной кривизны. Симптом Пастернацкого отрицателен. Анализ мочи: моча светло-желтая, слегка мутна, уд. вес 1065, реакция кислая, индиган слабо выражен, уробилин в норме, белка незначительные следы, сахар не найден. В осадке плоский эпителий и изредка лейкоциты.

За сутки картина прояснилась. Теперь уже мы можем смело сказать, что тут не пиелит, а острое заболевание кишечника, повидимому колит.

К 5 июня явления колита стихли, поносы прекратились. Температура держалась субфебрильная. Пульс колебался в пределах от 68 до 88. Боли постепенно затихали, продолжая упорно держаться в правой подвздошной области. Слабость держалась все время, по ночам большая потела. Движения плода все время чувствует. Лечение было направлено на колит (диета, компрессы, салол; benzonaphthol, extr. belladonnae).

11 июня консультация с проф. С. С. Гирголавым; боли при ощупывании правой подвздошной области, прощупывается увеличенный червеобразный отросток, инфильтратов не определяется. Восходящая и поперечная ободочная кишка чувствительны. Диагноз: colitis et appendicitis subacuta.

В последующие дни дефекация пришла к норме, болезненность исключительно в области appendix'a. Реакция скорости оседания эритроцитов 1 час (14 июня).

Таким образом наблюдение привело к полной ясности. Под влиянием той или иной погрешности в диете у больной, склонной к кишечным катарам, развернулась картина подострого колита. Под влиянием колита обострился воспалительный процесс в *appendix'e*, который, как выяснил дополнительный анамнез, и раньше давал временами боли. В настоящий момент перед нами комбинация беременности и аппендицита; и мы должны выяснить клиническое значение такой комбинации, раньше чем дать больной то или иное направление.

Каково вообще взаимоотношение между кишечником и беременностью? Уже а priori можно предположить, что тут встретим тесные и довольно сложные взаимоотношения не только потому, что по мере роста беременной матки коренным образом изменяются топографо-анатомические отношения органов брюшной полости, но и потому, что беременность означает огромный переворот в обмене веществ и открывает собою новую эру в био-химии организма.

Беременная матка, увеличиваясь в объеме, уже на 3-м месяце покидает полость малого таза и по мере своего роста оттесняет органы брюшной полости все больше и больше, занимая к концу беременности большую часть *cavi abdominis*. Подвижные органы брюшной полости, уступая перед неудержимым ростом беременной матки, покидают свое обычное местоположение и пассивно отодвигаются кверху и в стороны. Дно матки, обычно наклоненное вправо, создает себе ложе среди брюшных внутренностей, покрытое сальником, поперечной ободочной кишкой, брыжейкой ее, и оттесняет всю массу тонких кишок влево. По передней поверхности дна матки спускается более или менее низко большой сальник. Справа переднебоковая поверхность матки стоит в прямом контакте с боковой брюшной стенкой. При широко вскрытом животе мы видим глубоко скрытую за маткой слепую кишку, а именно только ее наружный край, причем она, будучи оттеснена кверху и кзади выше подвздошного гребня, лежит на квадратной мышце, рядом с *m. psoas*.

Левый боковой край матки более или менее покрыт петлями кишок. На уровне подвздошной ямки матка прилегает к S-образной кривизне, которая все же лежит ниже и более кпереди, чем ампула слепой кишки. Особенно при метеоризме, столь часто встречающемся в конце беременности, тонкие кишки и кривизна стремятся расположиться кпереди. Тонкие кишки могут даже дойти до средней линии.

Смещение слепой кишки кверху может достигнуть высокой степени, особенно при *coesitis mobile*. Она может со своим отростком оказаться даже у дна беременной матки выше места отхождения придатков (рис. 66).

В силу роста матки (объем ее увеличивается в 519 раз) и описанного смещения кишечника приподымается диафрагма, желудок смещается кверху под купол грудобрюшной преграды и ложится поперечно, печень испытывает давление снизу, особенно на 9-м лунном месяце, брюшные стенки растягиваются. В вертикальном положении женщины мышечно-апоневротический слой передней брюшной стенки выдерживает на себе всю тяжесть матки (около 6 кило). Дно матки стремится отдалиться от задней брюшной



Рис. 66. Смещение слепой кишки и *appendix'a* беременной маткой кверху при подвижной слепой.

стенки и прилегает более тесно и более широко к передней брюшной стенке. Под этой тяжестью сухожильная прослойка между прямыми мышцами живота истончается и расширяется. Края мышц, тесно прикасающиеся над лоном, кверху все более и более расходятся. На уровне и выше пупка это расширение и истончение белой линии достигает своего максимума.

В горизонтальном положении женщины беременная матка лежит на задней стенке брюшной полости. В силу физиологического лордоза поясничной части позвоночника она лежит внесерединно, отклоняясь несколько вправо, вследствие чего и может производить нежелательное давление на правый мочеточник.

Надо поражаться приспособляемости организма матери к таким коренным топографо-анатомическим изменениям в брюшной полости. Надо поражаться, как такие обширные смещения, сдавления органов, так редко ведут к расстройствам их функций. Желудок хотя и смещается кверху и принимает более поперечное положение, но функционально от этого не страдает. Кислотность у большей части беременных понижена, что объясняется вероятно стремлением организма к задержке хлоридов. Двигательная способность желудка нормальна. Незначительные изменения в секреции желудка не могут объяснить столь частых и подчас тяжелых явлений со стороны желудка, как тошнота, рвота, жажда, отсутствие аппетита, прихоти. В одной из последующих бесед мы коснемся этого крупного вопроса. Важнее и интимнее взаимоотношение между беременностью и кишечником. Прямая кишка, S-образная кривизна, слепая кишка с червеобразным отростком, сальник и некоторые петли подвздошной кишки, в силу своего анатомического расположения, имеют тесное отношение к половому аппарату и в небеременном состоянии женщины. Благодаря общности серозного покрова болезненные процессы могут непосредственно переходить с половых органов на поименованные отделы кишечника или, наоборот, с кишечника на половой аппарат. Реже посредником является лимфатическая система, причем главным образом между прямой кишкой и детородными органами. Многие функциональные расстройства кишечника можно связать с гормональной деятельностью половых желез. В кишечнике заложены нервные сплетения (plexus Auerbachi между круговым и продольным слоем мускулатуры), получающие импульсы от автономной системы (vagus, p. pelvici) и от симпатической (p. splanchnicus). Эти нервные элементы стоят в широкой зависимости от желез внутренней секреции, среди которых важную роль играет половая железа. Во многих отношениях зависимость эта непосредственная, через психику, стоящую у женщины под властью половой жизни.

Большое практическое значение имеют также расстройства кровообращения, причинно связанные с половой сферой. Гиперемия тазовых органов, свойственная беременности, может вести к застойным явлениям в нижних отделах кишечника; общеизвестно образование во время беременности варикозных расширений геморроидальных вен. Встречающиеся у женщин столь часто гипертрофические складки anus'a обязаны своим происхождением отчасти геморроидальным шишкам, отчасти раздражающим выделениям. Тягостные трещины заднего прохода, ослабления сфинктера, выпадения прямой кишки этиологически также связаны с геморроем. Геморроидальные шишки часто набухают во время родов и весьма тягостны в пуэрперии. Нередко они ущемляются во время беременности. Оперативное лечение их противопоказано как во время беременности, так и в послеродовом периоде. Свечи с белладонной, с кодеином, примочки с боровской жидкостью и т. п. быстро ведут к уменьшению шишек и успокоению болей.

Известно далее, что механические, химические и термические раздражители, имеющие приложение к кишечнику, могут вести к сокращениям

матки. Сильные слабительные, как алоэ, возбуждают не только бурную перистальтику кишек, но и ведут к сокращениям маточной мускулатуры. Некоторые содержащие эфирные масла вещества, как *taxus baccata*, *thuja occidentalis* и др., вызывают с одной стороны маточные сокращения, а с другой стороны гастроэнтерит.

Огромное значение имеет смещение брюшных органов растущей маткой. Я уже говорил, что, как правило, дислокация их в течение процесса деторождения не влечет за собой каких-либо патологических явлений. Отягощение брюшных стенок, растяжение их и перерастяжение легко объясняют расположение беременных к образованию грыж. Паховые и бедренные грыжи у рожавших встречаются чаще, чем у нерожавших. Особенно благоприятствует беременности образованию пупочных грыж. У каждой беременной к концу беременности пупок сглаживается, пупочное кольцо раздается, расширяется, в силу чего пупок пузыреобразно выпячивается. Обычно после родов пупок возвращается к норме. У женщин же с недостаточно упругим пупочным кольцом, у ожирелых, пупочное кольцо с каждой последующей беременностью все больше и больше расширяется: в конце-концов образуется настоящая пупочная грыжа.

С другой стороны не подлежит сомнению, что именно беременность препятствует ущемлению уже имеющейся грыжи. Растущая матка, тесно прилегая к передней брюшной стенке, оттесняет, начиная с 5-го месяца, кишечник от грыжевых ворот (пупочная, паховая, бедренная грыжа) и образует собою гигантский надежный пелот, замыкающий грыжевые ворота и препятствующий вхождению в них кишечных петель. Действительно, опыт учит, что ущемление грыж при беременности редкость. Другое дело при невправимых грыжах. Тут конечно беременная матка не может вытащить приращенную петлю из грыжевого мешка. Приходится оперировать (чаще бедренную грыжу). Клинический опыт учит, что грыжесечение, произведенное в первую половину беременности, не отражается на течении ее.

В случаях, когда кишечник где-либо фиксирован давними сращениями (с брюшной стенкой, с маткой, придатками, с другими петлями), во время беременности может наступить непроходимость. Рост матки может повести при длинных брыжейках к завороту S-образной кривизны, к сдавлению *genu rectocolicum*. Описана непроходимость во время беременности и при наличии кисты яичника, фибромиомы на ножке. Интересно, что *ileus* в течение процесса деторождения наблюдается чаще всего в следующие три момента: 1) во время прохода матки из таза в свободную брюшную полость (4-й, 5-й месяц), 2) в конце беременности и в начале родов, когда головка опускается в малый таз, и 3) после рождения ребенка, когда матка внезапно уменьшается в объеме. Ясно, что в эти моменты происходят наибольшие смещения и сдвиги кишечника, что именно тут могут легче всего наступить перекручивания, перегибы, сдавления. Тут не место говорить о клинической картине непроходимости. Дифференциальная диагностика не легка, исследование затруднено присутствием в животе беременной матки. Диагноз может колебаться между перитонитом, острым аппендицитом, пиелитом, неукротимой рвотой, внематочной беременностью, разрывом матки, перекрученной кистой яичника, ущемленной грыжей, острым запором и т. п.

Опытный врач учтет все клинические явления, задержку стула и газов, нарастающее вздутие живота, длительную рвоту (иногда каловую), особенно интенсивную болезненность в определенном месте, бурные кишечные шумы, видимую перистальтику, нарастающее учащение пульса и т. д.

Терапия конечно должна быть оперативной и своевременной. К сожалению с помощью иногда запаздывают, в силу чего исход *ileus*'а при беременности в общем неблагоприятен.

По статистике *Leitner*'а смертность от ileus'a при беременности упала с 55% на 39,4%.

При повышенной атонии кишек, по мнению *v. Mikulicz-Radeck*'ого (1926), достаточно давления матки на нисходящую толстую кишку или сигму для появления симптомов непроходимости. Нередко при ileus'e наблюдается и пиелит, на что указал еще *Stöckel*. Терапия выбора, после короткой попытки физической или лекарственной терапии — лапаротомия. *v. Mikulicz-Radecki* советует при настоящем ileus'e беременности опорожнить матку или путем кесарского сечения или же через влагалище. При других причинах ileus'a, по его мнению, надо стремиться в первые $\frac{2}{3}$ беременности к сохранению плода, хотя это в последние месяцы беременности по техническим причинам может оказаться невозможным.

Практически более важны, как более часто встречающиеся, расстройства кишечника, зависящие от нарушенной функции нервного аппарата кишек и от нарушения кровообращения в смысле абдоминальной плеторы.

На первом месте стоит запор, ведущий нередко к тошноте, рвоте, потере аппетита и даже расстройствам общего состояния больной. В редких случаях запор дает клиническую картину, похожую на ileus. Копростаз в родах может дать картину слабости родовых болей. Отсюда стародавний совет заботиться об очищении кишечника в начале родов. В исключительных случаях твердые каловые массы, лежащие в прямой кишке, могут оказать препятствие изгнанию плода. В послеродовом периоде копростаз может задержать отделение детского места и этим способствовать кровотечению в послеродовом периоде. Особенно ярки явления запора в послеродовом периоде. Непривычный постельный покой, дряблость брюшных стенок, нередко болезненный разрыв промежности—все это способствует задержке стула. Пониженное внутрибрюшное давление ведет к метеоризму, иногда весьма большому, могущему даже симулировать ileus или перитонит. Тут нужно учесть общее состояние, пульс, температуру, данные пальпации, отсутствие перитонеальных болей, чтобы избежать роковой диагностической ошибки. Реже во время беременности наблюдаются поносы. Беременная женщина, предрасположенная, как и наша больная, к расстройствам кишечника, может заболеть катарральным, диспептическим или гастрогенным поносом. Нервная диаррея беременных принадлежит к редкостям. Понос во время беременности неблагоприятен не только тем, что он ведет к потере соков и питательного материала, он может, как я уже указал, повести к сокращениям матки. Из этого следует, что нужно быть осторожным в назначении беременным слабительных. Нельзя давать сильнодействующих средств, как алоэ, кротонное масло, каломель, сеппа. Лучше избегать и ревеня, крушину. При неизбежности слабительных полезно ограничиться каскарой, грудным порошком, фенолфталеином, венским питьем.

Самым важным заболеванием кишечника у беременных несомненно является аппендицит. На тесное отношение его к внутреннему половому аппарату я уже указал. В стоячем положении женщины подвижная слепая кишка опускается в малый таз. Даже при нормальном *сесит* *аррендix* может свисать в полость малого таза. Я сам при чревосечениях нередко находил червеобразный отросток в дугласовом пространстве. Иногда он натянут поперек малого таза и фиксирован к левым придаткам. Тут не место распространяться о выдающейся роли, какую играет *аррендix* в гинекологической клинике. Велико многообразие проявлений аппендицита у гинекологических больных. Тут нас интересует огромной важности вопрос: каково значение аппендицита во время процесса деторождения?

Острый аппендицит встречается у беременной женщины не чаще, чем у небеременной (*Portes et Segny*). В прежнее время существовало даже мнение, что аппендицит при беременности явление редкое, считали даже,

что беременность как-то предохраняет женщин от заболевания аппендицитом. Теперь мы знаем, что это далеко не так. Из 500—1 000—1 500 беременных одна заболевает аппендицитом. С другой стороны, нельзя и говорить об особом предрасположении беременных к аппендициту. Но твердо установлено, что при уже существующем хроническом аппендиците беременность может повести к вспышке болезни, к обострению воспаления. Это обстоятельство чрезвычайно важно. Может быть оно объясняется смещением, напряжением, перегибанием воспаленного и фиксированного отростка. Подобное механическое влияние беременная матка может оказать на аппендикс если не в первые месяцы беременности, то уже на 3-м, 4-м, 5-м. В поздние месяцы беременности к этому присоединяется высокое смещение слепой кишки.

Опасность аппендицита у беременных несравненно больше, чем у небеременных. Предсказание для матери очень серьезно, смертность колеблется от 30 до 70%. Важно, что аппендицит в ранние месяцы беременности дает лучшее предсказание, чем к концу ее. Да это и понятно: всякое брюшинное воспаление тем опаснее, чем выше в брюшной полости оно локализовано. В то время, как воспаления, возникающие в малом тазу, обнаруживают большую склонность к отграничению, воспалительные процессы в верхних отделах брюшной полости грозят разлитым перитонитом. Растущая из малого таза в брюшную полость, подвижная, смещающаяся и смещающаяся при движениях и переменах положения матка препятствует отграничению островоспалительных процессов брюшины, противодействует инкапсуляции экссудатов, а если таковая и произошла, разрывает благодетельные сращения и этим способствует распространению процесса на весь брюшинный покров. С другой стороны, и сама матка не остается безучастной к явлениям перитонита в ее соседстве, она реагирует сокращениями, которые в свою очередь содействуют генерализации перитонита.

Легкие случаи аппендицита могут и во время беременности закончиться выздоровлением; более тяжелые аппендициты, гнойные формы, особенно опасны именно в силу возможности наступления общего перитонита. В половине случаев, вследствие ли раздражения матки или вследствие тяжести интоксикации или высокой температуры, беременность прерывается преждевременно. Содержимое матки остается при этом стерильным, в исключительных случаях наступает инфекция плацентарного места гематогенным путем. Большая часть детей погибает (50—60%).

Чем ближе абсцесс к матке, тем хуже исход, наиболее тяжки случаи, где матка принимает участие в образовании стенок гнойника. Предсказание для матерей грозно: смертность достигает 25,3%, в то время как общая смертность от аппендицита колеблется от 5,8 до 9,6%.

Чем раньше произведена операция, тем лучше прогноз. Ранняя операция дает исходы отнюдь не худшие, чем без беременности. Если же уже имеется общий перитонит, то смертность ужасающая (по *Schmid*'у 80%, по *Faveau* и *Chaput* даже 100%). Ограниченные гнойники дают лучшее предсказание (13—20,5%), но здесь нужно помнить, что после благополучно протекшей операции может наступить родовая деятельность, которая в силу разрушения отграничивающих сращений может повести к общему перитониту.

Из изложенного следует, что ранняя операция в случаях острого аппендицита может спасти больную, а посему особенную важность приобретает ранняя диагностика страдания. К сожалению, диагностика аппендицита во время беременности зачастую встречает большие трудности. В ранних месяцах беременности приходится дифференцировать между аппендицитом и трубной беременностью или перекрученной кистой правого яичника или *ruosalpinx*'ом. Я видел случай, где был поставлен диагноз аппендицита при беременности, а при операции оказалась правосторонняя

трубная беременность при одновременной маточной беременности (случай из клиники проф. В. М. Рокицкого, доложен д-ром Л. М. Капица в Хирургическом и Акушерско-гинекологическом обществах в Ленинграде). При внематочной беременности шок больше, выступают явления внутреннего кровотечения, боли схваткообразны (при аппендиците они более постоянны), отдают в плечо (п. phrenicus!), пальпация менее болезненна. В крайнем случае пункция Дугласа поможет поставить диагноз. Труднее дифференцировать перекручивание придатков, разрыв *ruosalpinx'a*. В поздних месяцах беременности пальпация затруднена большой маткой и напряжением брюшных стенок. Растянutosть, напряжение их маскирует метеоризм и столь важное для диагностики аппендицита *défense musculaire*. В силу этих же обстоятельств определение перитифлитных экссудатов значительно затруднено. Пальпация на боку (*E. Fränkel*), пальпация в наркозе, хотя и облегчают исследование, но далеко не безопасны в смысле возможности разрыва отграниченного гнояника.

Полезно при явлениях аппендицита у девушки делать операцию до вступления ее в брак (*Portes et Seguy*). В дальнейшем врач, призванный к беременной с подозрением на аппендицит, не должен ограничиваться назначением болеутоляющих и других лекарств. Он должен сразу же учесть серьезность положения и спешить с постановкой диагноза. Большое сходство с клинической картиной пиелита заставляет его исключить последний. В обоих случаях имеются боли в правой половине живота, болезненность между подвздошным гребнем и реберной дугой, повышенная температура. Пульс при аппендиците обычно более учащен и малого наполнения. Исследование мочи (взять катетером!) решает дело. И в нашем случае мы исключили пиелит путем анализа мочи, раньше чем могли остановиться на диагнозе колита и аппендицита.

По мнению авторов значительная разница между температурой, измененной в подмышечной впадине и ректальной, говорит за аппендицит.

При пиелите болезненность будет наблюдаться более кзади, по направлению к поясничной области, поколачивание поясницы по Пастернацкому вызовет боли на большой стороне. В неясных случаях цистоскопия и катеризация мочеоточников выяснят дело.

Нелегко также дифференциальное распознавание между аппендицитом и *cholelithiasis*, особенно во второй половине беременности. Анамнез, определение болевой точки *Boas'a*, иррадиация боли в правое плечо, иктеричность склер в большинстве случаев помогут разобраться.

Во всех сомнительных случаях, когда явления раздражения брюшины налицо и имеется подозрение на аппендицит, показана операция. Не следует успокаиваться тем, что воспалительные явления стихают. В дальнейшем течении беременности в любой момент может наступить обострение, и вторично разгоревшийся пожар может свести молодую жизнь в могилу.

При остром аппендиците операция показана в первые 48 часов (*Stöckel*), лучше в первые 24—36 часов (*Portes et Seguy*). По затихании острого процесса операция показана еще до наступления родов. Опасность прерывания беременности при этом не велика. Гораздо чаще (40%) беременность прерывается после операции аппендицита с образованием абсцесса (*Portes et Seguy*).

Удивительно, что некоторые авторы считают, что в большом числе случаев после операции острого аппендицита наступает выкидыш или преждевременные роды (*Ierlov*—50%, *Heaton*—78%, *Schmid*—даже 95%). Никогда не следует при аппендиците прерывать беременность. Искусственный аборт при аппендиците бессмыслен так же, как и удаление плодного яйца при аппендэктоми. Разрез брюшной стенки надо вести выше во внимание к смещению слепой кишки при беременности. Техника операции должна быть особенно

тщательна, следует избегать всякого прикосновения к матке. Особенно в случаях гнойного процесса надо стремиться к сохранению беременности (безукоризненная техника, избежание дренажей, опий в послеоперационном периоде, избежание слабительных).

Наиболее тяжело положение врача, если уже имеется налицо общий гнойный перитонит. Ясно, что тут показана немедленная операция в интересах матери, часто и плода, так как при перитоните диаплацентарная инфекция может вести к смерти плода. *Rosthorn, Römer, Michel* советуют в случаях общего перитонита удалять матку принципиально. *Conrad* (1928) такой образ действий отвергает, так как считает, что не доказано, что такая радикальная операция дает лучшие результаты.

Rosenthal (1928) полагает, что при гнойном процессе в брюшной полости жутко еще удалять матку. Начиная с 8-го месяца *Conrad* советует или сперва родоразрешать путем влагалищного кесарского сечения и потом уже сразу перейти на чревосечение, или же наоборот. Лишь в случаях, когда вследствие величины матки невозможно добраться до аррeндix'a, то лучше брюшную полость провизорно закрыть, родоразрешить *per vaginam* и уже после этого сделать аппендэктомия. *Wolfring* (1928) в случае острого гнойного перитонита сделал цервикальное кесарское сечение с сохранением матки. Так можно оперировать у молодых женщин и при не очень вирулентной инфекции. Вообще же по *Wolfring*'у лучше прежде всего удалить аррeндix, потом при открытой брюшной полости родоразрешить вагинально и под конец закончить операцию сверху. Так же советует поступать и *Pankow*. Если родоразрешить снизу нельзя, то остается выбирать между простым кесарским сечением и операцией Погго.

Fromme предлагает сделать аппендэктомия, очистить брюшную полость от гноя, затем, после смены перчаток, опорожнить матку путем влагалищного кесарского сечения и наконец перейти опять на живот и широко дренировать брюшную полость.

В послеродовом периоде острый аппендицит встречается редко. Легкие формы могут быть просмотрены, тяжелые формы симулировать острое послеродовое воспаление правых придатков. Предсказание очень печально. По статистике *Schmid*'а, из 4 оперированных больных умерло 3, из 18 неоперированных—13. Недавно я видел у себя в клинике случай острого аппендицита у роженицы на 3-й день после родов. Немедленная операция спасла больную.

После краткого обзора учения об аппендиците при беременности вернемся к нашей больной. Явления колита стихли; начиная с 3 июня температура нормальна, если не считать несколько повышений до 37,1. Пульс от 68 до 80. Деятельность кишечника урегулирована. Схваток не было вовсе, движения плода ощущаются ясно. Болезненность имеется лишь в правой подвздошной области на несколько сантиметров выше и вправо от точки *Mac Burney*'я. Тут же прощупывается подвижному утолщенный аппендикс. *Fahrgaens* 1 час. Больная желает выписаться.

Как поступить?

1. Можно вести больную консервативно при условии тщательного наблюдения. В случае появления острых явлений показана операция.
2. Надо оперировать теперь же. Всякое выжидание грозит опасностями.

После всего, что я изложил, мы конечно смотрим на аппендицит при беременности как на весьма серьезное заболевание, и, будь наш случай острый, вы бы естественно настаивали на ранней операции. В нашем случае аппендицит несомненно хронический, лишь несколько обострившийся

под влиянием колита. Больная оправилась настолько, что хочет выписаться домой. Можем ли мы ее отпустить со спокойной совестью, можем ли мы поручиться, что в течение предстоящих 4 месяцев беременности не случится катастрофа в виде острого приступа аппендицита. Даже при соблюдении строгой диеты, при тщательном терапевтическом лечении мы не можем быть уверены в благоприятном течении беременности, родов и послеродового периода. Нет, мы предложим больной аппендэктомию теперь же, потому что, раз выпившись, она вряд ли поступит по своей воле в клинику вторично.

15 июня мы предложили больной операцию. Вначале она о ней и слушать не хотела, причем ее главным образом беспокоила судьба беременности. После должных разъяснений больная дала согласие на операцию. 17-го больная обычным порядком подготовлена к чревосечению. 18 июня под общим наркозом—операция.

Параректальный разрез справа, несколько выше обычного, длиной около 8 см.

Вскрыта брюшная полость. В глубине раны виден правый край беременной матки, видна труба, спускающаяся круто вниз по ребру матки. Латерально от матки видна расположенная выше обычного слепая кишка, частью скрытая позади матки. При захватывании и выведении слепой кишки особенное внимание обращено на то, чтобы вовсе не касаться матки. По выведении слепой кишки наружу обнаружен червеобразный отросток, утолщенный, резко инъецированный, значительно длиннее нормы. Брызжейка его перевязана, рассечена, отросток у основания зажат в аппендикотриб, по снятии которого перевязан лигатурой и над ней отсечен. Культия отростка прижжена крепкой карболовой кислотой и погружена помощью кисетного шва. Поверх наложен ряд кишечных серо-серозных швов. Край брюшной раны приподняты, слепая кишка погружена в брюшную полость. Непрерывный катгуттовый шов на брюшину, узловатые швы на апоневроз. 3 шва и серфины на кожу. Коллодийная повязка.

Продолжительность операции 30 минут. Расход хлороформа—30,0.

Послеоперационный период протекал вначале гладко. Температура не повышалась выше нормы. Пульс 63—87. 24 июня сняты швы—первичное натяжение. 25 июня (на 8-й день после операции) вечером больная стала жаловаться на схваткообразные боли в животе, продолжавшиеся весь день 26 июня. Назначены теплые клизмы с опием (8 капель t-rae opii simplicis на 50 г воды). К 27 июня схватки стихли. Движения плода все время чувствует.

9 июля больная выписалась с сохранившейся беременностью.

Пациентку мы потеряли из виду до наступления родов.

30 октября 1926 года Ш. поступила в родильное отделение в родах (№ приемного журнала 1028).

Мы узнали, что после выписки из больницы и до родов Ш. пользовалась хорошим здоровьем. Стул все время нормальный. Рубец не беспокоил, сильно пигментирован. Никаких болевых ощущений в животе не было.

Роды прошли без осложнений, длились 15 часов 15 минут. Плод живой, мужского пола, весом 3100 г. Послеродовой период гладкий. Одновременно с Ш. в послеродовом отделении лежало 3 родильницы, перенесшие аппендэктомию во время беременности (на 2, 3 и 4-м месяцах беременности). У всех трех операция была произведена à froid, показанием служил хронический катаральный аппендицит. У всех беременность сохранилась и роды наступили в срок. На состоянии рубца роды не отразились.

Интерес случая Молодая женщина, беременная около 5 месяцев, поступает в клинику с острыми болями в животе. Родовой деятельности нет. Распознается острый колит, после затихания которого определяется обострение давнего аппендицита. В виду грозности комбинации—аппендицит и беременность—производится аппендэктомия при беременности. На 8-й день после операции в течение суток схваткообразные боли в животе, быстро уступающие лечению опием. Беременность сохраняется и кончается срочными родами.

Дополнительно хочу вкратце привести случай, иллюстрирующий вышесказанное об остром перитоните при беременности.

Л. К. Ш., 30 лет (№ приемного журнала 16 477), поступила в клинику 30 сентября 1929 года с жалобами на боли в животе и рвоту. Беременна 8 месяцев. В анамнезе одни нормальные роды, чревосечение по поводу неправильного положения матки в 1924 году; 2½ года тому назад острый приступ аппендицита, от предложенной операции больная отказалась. Острые боли начались 34 часа назад одновременно с рвотой. Общее состояние тяжелое, пульс 120, темп. 37,5, язык сильно обложен. Живот резко напряжен, диффузно болезнен. Дно матки на 3 п. ниже меча, части плода не определяются из-за напряжения брюшных стенок. Поставлен диагноз острого общего перитонита повидимому ex appendicitide. Немедленное чревосечение: разрез по средней линии; беременная матка резко инъецирована. В брюшной полости свободный серозно-гнойный экссудат. Круглые связки фиксированы к передней брюшной стенке (повидимому в 1924 г. была произведена операция Doléris). Круглые связки рассечены между зажимами, матка выведена. Решено извлечь плод, удалить матку по Рого и уже после этого искать источник перитонита.

Я вскрыл матку по средней линии, извлек недоношенного младенца, сразу же закричавшего, матку, ампутировал. Толстый резиновый дренаж проведен сверху через шейку во влагалище, кроме того во влагалище введен марлевый тампон, 2-й введен в дуглас и выведен в нижний угол раны рядом с дренажем. После этого приступлено к отысканию источника перитонита. Таковым оказался appendix, необычайно длинный, расположенный скрыто за соесит, направленный прямо кверху и фиксированный концом своим под печенью. Весь отросток утолщен, гангренозен, у основания содержит каловый камень с фасоль. Отросток тупо выделен, ампутирован. Под печень введен марлевый тампон, выведен в верхний угол брюшной раны. Швы на брюшную рану, в которую оказались выведенными тампон в верхнем углу, дренаж и тампон в нижнем углу.

К нашему удивлению больная не погибла. Она поправилась и выписалась 9 ноября здоровой.

Полагаю, что я не мог поступить иначе, чем я поступил. Чревосечение было показано, хотя прошло 35 часов с начала заболевания. Брюшная полость была залита серозно-гнойным экссудатом, матку пришлось удалить, иначе трудно было осмотреть брюшную полость. Гангренозный отросток своим концом оказался под печенью. Широкий дренаж брюшной полости безусловно много содействовал выздоровлению.

Случай 30-й.

В. П., 20 лет (№ приемного журнала 178), поступила в клинику 6 октября 1926 года в 23 часа 45 минут в родах.

Из анамнеза мы узнаем, что роды первые. Месячные начали приходить на 13-м году, идут через 4 недели, по 6 дней, обильны, без боли. Замужем пациентка год. В начале замужества ничем не хворала. Последние регулы 15 января. Беременность протекала без особенностей. Движения плода начала ощущать 4 июня. Беями не страдала, мочеиспускание нормально, стул за последние месяцы задержан, упорные запоры по 3—4 дня. Последний coitus 1 месяц тому назад. За врачебным советом в течение беременности не обращалась, в консультацию не ходила. Родовые боли начались 6 октября в 10 часов.

При поступлении: роженица молодая, стройная женщина, правильного телосложения, несколько ослабленного питания. Брюнетка. Живот увеличен почти до размеров

доношенной беременности. Брюшные стенки упруги, на коже нижней половины живота свежие рубцы беременности. Пушок сглажен, начинает выпячиваться. Окружность живота 86. Высота дна матки 30. Размеры таза: *dist. sp.*—25 см; *dist. crist.*—27; *d. troch.*—30; *conj. ext.*—18.

При наружном исследовании: дно матки на 4 п. ниже мечевидного отростка. Плод в продольном положении, спинка его слева, мелкие части справа, головка большим сегментом во входе, неподвижна. Сердечные тоны плода выслушиваются слева ниже пупка.

Родовая деятельность очень слабая. Схватки через 15—20 минут.

Так как все указывало на физиологическое течение родов, мы решили воздержаться от внутреннего исследования и ограничиться наблюдением.

В течение 7 октября родовая деятельность оставалась слабой. Каких-либо перемен в *status'e* не произошло. 8 октября рано утром отошли воды в умеренном количестве. После некоторой паузы схватки участились (через 10—8 минут).

В 14 часов 30 минут исследование *per gestum*: шейка сглажена, открытие зева около 3 пальцев, края зева толстоваты, пузыря нет. Головка в широкой части тазовой полости. Стреловидный шов в левом косом размере.

В течение 8 октября никаких показаний к вмешательству ни со стороны матери, ни со стороны плода не было. Правда, родовой акт принял затяжной характер, первичная слабость родовых болей продолжалась и после отхождения околоплодных вод.

9 октября (в 10 часов). Общее состояние роженицы вполне хорошее, температура 37,2, пульс 88. Схватки через 6—7 минут, умеренные. Головка в тазу, лишь основание черепа определяется при 3-ем приеме Leopold'a. Сердечные тоны плода выслушиваются ясно слева. *Per gestum*: открытие зева около 3½ пальцев, края его тонкие. Пузыря нет. Головка в верхней части полости. Крестцовая впадина не выполнена. Стреловидный шов в левом косом размере. (Задний вид?).

Протекают ли роды физиологически? Нет ли показаний к вмешательству?

1. С самого начала родов имеется слабость родовых болей. Повидимому, имеется функциональная недостаточность матки. Пока показаний к вмешательству нет.
2. Родовой акт затягивается еще потому, что имеется задний вид первого черепного положения. Надо уложить роженицу на левый бок. Вероятно внутренний поворот головки скоро завершится.

Роды длятся уже 2½ суток, с момента отхождения вод прошло уже более суток. У первородящей с нормальным тазом, с небольшим плодом (повидимому роды наступили на две недели раньше срока) подобное затяжное течение родов должно навести на размышления. Может быть имеется некоторая степень недоразвития матки, тем более, что роженице всего 20 лет; может быть имеется нерастяжимость маточного зева (за целые сутки открытие зева подвинулось только на полпальца). К тому же воды отошли задолго до полного открытия зева, и головка пребывает в заднем виде, что обычно затягивает родовой акт. И все-таки ни со стороны матери, ни со стороны плода показаний к вмешательству нет.

В 11 часов 50 минут дежурный врач определил изменение сердечных тонов плода. Они стали глухими, замедленными.

Что делать?

1. В виду асфиксии плода показаны рассечение зева и наложение щипцов.
2. Надо сделать внутреннее исследование, расширить зев пальцевым способом и наложить щипцы.

Что теперь показания к родоразрешению налицо, в этом сомнения нет. Также понятно, что перед родоразрешающей операцией надо делать внутреннее исследование. С последнего ректального исследования прошло всего 1 час 50 минут; вряд ли мы можем при таком затяжном течении родов рассчитывать на полное открытие зева, но с предлежанием мы должны ознакомиться детально. Пока идет стерилизация инструментов и подготовка операции, исследуем роженицу per vaginam.

Наружные половые органы развиты правильно. Вход во влагалище нерожавший. Выделения чисты, без запаха. Зев открыт на $3\frac{1}{2}$ пальца, края его тонкие. Головка в полости, крестцовая впадина не выполнена, родовая опухоль небольшая. Стреловидный шов в левом косом, малый родничок слева и сзади, большой справа и спереди. Роднички на одном уровне.

Нам стало ясно, что имеется передне-головное предлежание, первая степень разгибательных предлежаний.

Решено, растянув зев пальцами (или, в случае неудачи пальцевого расширения, сделав hysterostomatia), наложить щипцы.

Под СНС₂, после смазывания наружных частей подом и катетеризации мочевого пузыря, оператор ввел во влагалище 2 пальца и несколько растянул зев (до 4-х пальцев). Левая ложка щипцов введена влево и впереди, правая вправо и сзади в направлении правого крестцово-подвздошного сочленения. Замыкание щипцов совершилось легко. Щипцы легли в правый косой размер таза и повидимому бипариетально на головку. Уже при пробной тракции замечено, что зев сильно напряжен и грозит разрывом. В виду этого тут же в щипцах кривыми ножницами зев рассеян в обе стороны—hysterostomatia bilateralis. При следующих тракциях головка успешно подалась, повернулась вместе со щипцами в прямой размер выхода, щипцы оказались лежащими в поперечном размере. Малый родничок прощупывался впереди копчика, под лонную дугу подошла glabella. Оператор, встав сбоку, приступил к выведению головки: приподнятием рукояток щипцов кверху выведен над промежностью затылок; вслед за этим рукоятки опущены вниз, из-под лона поочередно вышли переносье, лицо и подбородок. Щипцы сняты. После выведения головки все попытки извлечь туловище не увенчались успехом, вывести плечики не удавалось. Полурукой войдено во влагалище, причем обнаружено, что плечевой пояс находится в полости малого таза и никакого препятствия представить не может.

Неожиданно перед нами встал вопрос: что делать?

1. Надо быстро вывести ручки и извлекать за плечевой пояс.

2. Плод очевидно уже погиб, повидимому какое-либо уродство препятствует рождению туловища. Показана эмбриотомия.

Известно, что при крупном плоде плечевой пояс может задержаться над входом в таз, и стоит некоторого труда путем потягивания за головку провести его через таз. В большинстве случаев это удается, при неудаче и уже погибшем плоде показано рассечение ключиц—cleidotomia (Н. Н. Фенюменов). Тут же нас поразило то, что плечевой пояс уже стоял в полости таза, он не мог быть причиной дистокии, очевидно препятствие было выше, и поневоле пришлось подумать об уродстве или опухоли плода (водянке живота, кистозных опухолях почек).

Плод уже погиб, это нам стало ясно. Я вошел полурукой во влагалище, вывел обе ручки после перелома плечевых костей и приступил к эмбриотомии; кожа грудной клетки плода надсечена ножницами в области грудины, перфоратором Blot вскрыта грудная клетка (рис. 67), перфоратором же проткнута диафрагма, после чего из перфорационного отверстия потекла серозная жидкость с некоторой примесью крови в значительном количестве. Стало ясно, что истекает асцитическая жидкость. Перфоратор удален, после чего плод легко извлечен за ручки. Пуповина перевязана, рассечена. Наркоз пре-

кращен. Оставив рожевицу под наблюдением врача, мы занялись осмотром плода. Нам представилась следующая картина: плод, мужского пола, обезображен большим животом. В брюшной полости определяются остатки водяночной жидкости и огромная печень. На груди перфорационное отверстие. Головка без изменений, перелом обеих плечевых костей. Конечности развиты правильно, на ладонях и подошвах—обильный пемфигус. Вес плода 2 800 г.

Перед нами лежал сифилитический плод с *ascites luetica, hepatitis luetica et pemphigus palmaris et plantaris*.

Но вернемся к больной; она проснулась от наркоза, не кровоточит. Через 15 минут вышел послед, большой, бледный, весом в 600 г. Началось небольшое кровотечение. Родильница взята на край стола, введены зеркала, зев захвачен пулевыми щипцами, на разрезы его наложены узловые швы, слева 3 (рис. 68), справа 4. Небольшой разрыв промежности зашит 5 швами. После родов самочувствие больной удовлетворительное. Матка хорошо сократилась, кровотечения нет. На живот положен мешок со льдом, сделано подкожное впрыскивание эрготина (10%).

Итак причиной тяжелой дистокии оказался сифилис плода. Мы не знали о сифилисе в данном случае, и лишь рождение тяжело пораженного сифилисом плода пролило свет на течение родов. Сифилисом вероятно объясняется затяжное течение периода раскрытия, асцитом плода объясняется неправильное вставление головки, сифилитический асцит представил абсолютное препятствие рождению туловища и вынудил нас приступить к эмбриотомии. Сифилисом же объясняется необычный вид и вес послета. Разберемся же в вопросе о влиянии сифилиса на беременность и роды.

Если сифилис не влияет на плодотворность женщины, не нарушая овуляции, оплодотворения и оседания оплодотворенного яйца в слизистой матки, то уже давно, со времен средневековья, известно, что сифилис передается от родителей внутриутробному плоду и оказывает на него губительное влияние. Но до последнего времени пути и способы передачи его плоду были неизвестны. Господствующий взгляд сводился к тому, что в большинстве случаев отец, перенесший сифилис и к моменту вступления в брак не имевший видимых проявлений болезни, передавал заразное начало при посредстве спермы зачатому от него плоду. Носителем сифилитической инфекции при таком воззрении является сперматозоид, который, оплодотворяя яйцевую клетку здоровой матери, передает отцовский сифилис зарождающемуся организму. Здоровые матери рожали сифилитических детей. Подобные бесчисленные наблюдения делали изложенный взгляд незыблемым. Здоровая мать дает жизнь сифилитическому ребенку и остается здоровой, кормя его грудью.

Цитирую слова *Abraham'a Colles'a* (Дублин, 1837) буквально: „Ребенок, рожденный от матери, не проявляющей никаких признаков венерической болезни, и проявляющий сам в возрасте нескольких недель симптомы сифилиса, хотя и не имел случая заразиться после рождения, непременно заразит кормилицу, которая его кормит или даже только за



Рис. 67. Грудная клетка вскрывается перфоратором Blot.

ним ухаживает. И все же никогда не было случая, чтобы такой ребенок заразил при сосании собственную мать, если даже он имел венерические язвы на губах и на языке“.

Закон Colles'a можно формулировать так: конгенитально сифилитический ребенок не может инфицировать свою собственную мать; или же так: вынашивая сифилитического ребенка, мать приобретает иммунитет к сифилису. Некоторые авторы (французы) полагают, что эти мысли были впервые высказаны *Baumès*'ом (1840).

Не следует забывать, что работа *Colles*'а, давшая повод к установлению „закона Colles'a“, появилась в 1837 г., на 3 года раньше труда *Baumès*'а.

Согласно этому учению плацента для сифилитического яда непроницаема. Лишь в исключительных случаях отмечалось заражение матери своим больным внутриутробным плодом (*choc en retour*).

Abraham Colles пытливим взором клинициста подметил весьма важные факты. Его закон остался незабываемым и по настоящее время. Правда, современная наука объясняет эти факты иначе, чем это делал *Colles*, признававший инфекцию через сперму, но об этом ниже.

Второй мыслимый путь передачи сифилиса — инфекция внутриутробного плода от больной матери. Больная яйцевая клетка дает начало больному плоду. Больная мать рождает больного ребенка. Но иногда ребенок рождался видимо здоровый и, питаясь грудью больной матери, оставался здоровым.

Profeta, сифилидолог в гор. Палермо (Италия), весьма остроумно применил закон *Colles*'а, охватывающий отношения сифилитического ребенка к своей видимо здоровой матери и отношения сифилитической матери к ее здоровому ребенку.

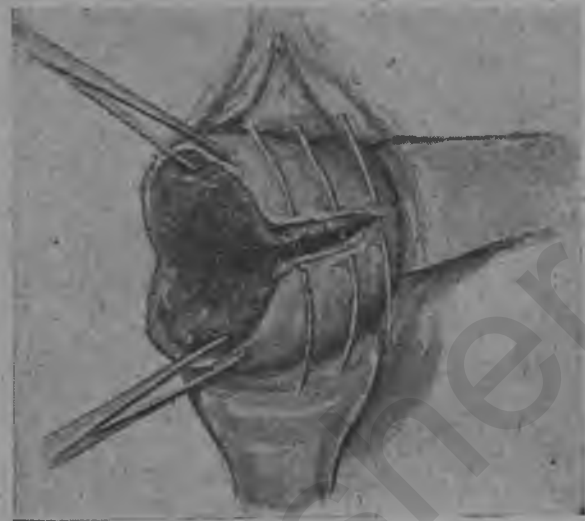


Рис. 68. Наложение швов на разрыв шейки.

Привожу буквальные цитаты из его первой работы, появившейся в 1865 году: „Установленный факт, что от матери, которая инфицирована во время зачатия или и раньше, могут родиться здоровые дети“. „Рожденный от сифилитической матери здоровый ребенок может быть безнаказанно приложен к груди собственной матери или сифилитической кормилицы, потому что поглощение молока или наличие заразительных проявлений сифилиса на сосках матери или кормящей женщины не являются способами переноса этой болезни“. „Мне кажется, что во всех случаях сифилитической инфекции, приобретенной до зачатия или во время беременности, после родов нет возможности переноса сифилиса с матери на ребенка“. Наконец: „если врач имеет несчастье видеть рождение ребенка от сифилитических родителей, нужно настоять на кормлении его собственной матерью независимо от того, кажется ли ребенок здоровым или нет“.

Эти положения могут быть сформулированы в законе *Profeta*: сифилитическая мать не заражает своего ребенка, рожденного здоровым, или, что то же: здоровый ребенок сифилитической матери приобретает иммунитет к сифилису.

Закон Profeta в настоящее время опровергнут. Если бы он имел в виду детей не здоровых, а сифилитических, но без явлений, его слова имели бы значение и по сейчас (*Philipp*). Фактически мы ничего не знаем о переходе иммунных тел от матери к яйцу. Опыты на животных также не дают оснований предполагать такой переход. Экспериментальный сифилис знает один иммунитет—иммунитет, обусловленный перенесением сифилитической инфекции.

Итак при сифилисе никакого иммунитета по наследству не передается. Если уже от матери иммунитет не переходит к плоду, то конечно не может быть и речи о передаче иммунитета сифилитическим ех раге плодом своей матери. Она латентная сифилитичка, что обычно подтверждается и реакцией Wassermann'a (почти 100%).

Третий способ передачи сифилиса мыслим в случае, если здоровая беременная женщина во время беременности заражается сифилисом. Этот способ заражения предполагает проницаемость плаценты для сифилитического яда.

Открытие бледной спирохеты открыло новую эру в сифилидологии. Бактериология открывает спирохеты Schaudinn'a в первичном склерозе, папулах, во многих внутренних органах, в плаценте. Бактериология изучает пути распространения и передачи инфекции. Новейшие серологические методы (реакции Wassermann'a, Meinicke, Sachs-Georgy) дают возможность установить сифилис там, где нет никаких проявлений его.

Теперь мы знаем, что каждый внутриутробный сифилитик получил сифилис путем передачи от матери через плаценту (постконцепциональная плацентарная инфекция). Поэтому правильнее говорить о внутриутробной передаче болезни (*syphilis congenita*), чем о наследственном сифилисе (*syphilis hereditaria*). Невозможно представить себе перенос спирохеты сперматозоидом в яйцевую клетку. Зарождающийся организм болен сифилисом не потому, что в момент оплодотворения вместе с головкой сперматозоида в яйцевую клетку проникла спирохета, а потому, что в дальнейшем в него проникают спирохеты, наводняющие ткани и органы матери. Каждая мать, рождающая сифилитического ребенка, больна сифилисом, хотя и не имеет видимых проявлений болезни. Она не заболевает сифилисом, кормя грудью своего больного ребенка, не потому, что она иммунна к сифилису (закон Colles'a), а потому, что она уже больна латентным сифилисом. Ребенок, родившийся от сифилитической матери, не заболевает сифилисом не потому, что он иммунен к сифилису („закон Profeta“), а потому, что он уже сифилитик, хотя, и без видимых проявлений болезни.

Семенной передачи сифилиса не существует, плод сифилитичен не ех раге, в прямом смысле, сифилис он получил от матери, которая в свое время инфицирована отцом своего будущего ребенка. И действительно, у видимо здоровой матери сифилитического ребенка реакция Wassermann'a положительна. Первичного склероза у нее в анамнезе нет, он прошел незаметно, локализуясь может быть в глубине полового канала; на вторичные явления, слабо выраженные, больная не обратила внимания. Ей, как и нашей больной, в голову не приходила мысль, что она больна сифилисом, и только беременность и роды открывают всю правду.

Чем свежее инфекция матери, тем более страдает плод. Нередко мы видим характерную картину в жизни женщины-сифилитички. Первая беременность кончается выкидышем мацерированным плодом; вторая—преждевременными родами мацератом; третья беременность донашивается до конца, рождается мертвый плод, следующая беременность даст уже живой плод с выраженными признаками сифилиса, пока наконец одна из последующих беременностей не кончится рождением здорового ребенка.

Важно, что в случае заражения беременной сифилисом в конце беременности плод может родиться здоровым. Обычно заражения плода не наступает, если мать инфицирована 6—10 недель до родов. Очевидно в таких случаях спирохеты не успевают перейти преграду—плаценту. Лишь в редких случаях плод инфицируется уже в родах, в периоде изгнания, в силу соприкосновения с несущими на себе сифилитические явления половыми органами матери.

В большинстве случаев мать инфицирована сифилисом задолго до зачатия. Организм внутриутробного плода постепенно наводняется спирохетами, погибает на 5—8 месяце от общего сифилитического заражения (*Spirochätensepsis*), но остается в утробе матери еще 2—3—4 недели, после чего рождается мацерированным. Около 80% всех мацерированных плодов погибли от внутриутробного сифилиса. Я не буду распространяться о внешнем облике мацерата, вам известна эта неприглядная картина.

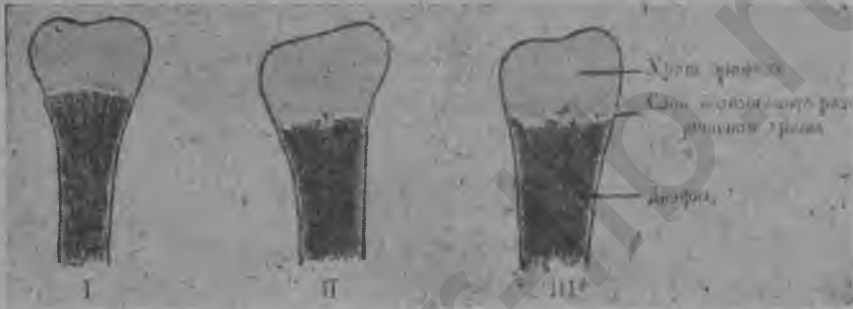


Рис. 69. Osteochondritis syphilitica.

Разрез нижнего эпифиза бедра: I—от здорового, II и III—от сифилитического новорожденного. Натуральная величина. (По Бумму).

Вы видите, что при сифилисе беременность часто прерывается во второй ее половине. Ранние выкидыши обычно не зависят от люэса. Тут играют роль другие этиологические моменты (недоразвитие матки, эндометрит и проч.). Привычный ранний выкидыш редко связан этиологически с сифилисом. Вряд ли уродства, как гидроцефалия, анэнцефалия, обязаны своим происхождением сифилису.

При более слабой или более давней инфекции матери плод может родиться в срок или почти в срок. Часто плоды рождаются слабыми, маложизнеспособными, с морщинистой кожей („сифилитические старички“). Нередки явные проявления сифилиса: кондиломы на коже и слизистых оболочках и другие сифилиды, характерные высыпания пемфигуса на ладонях и подошвах, водянка живота, увеличение печени, врожденный насморк, своеобразная желтуха, поздние кровотечения из пупка. На вскрытии погибшего от врожденного сифилиса ребенка, а также мацерированного мертворожденного находят крупные изменения: печень резко увеличена вследствие гуммозного или интерстициального гепатита, селезенка, поджелудочная железа также увеличены (мелкоклеточная инфильтрация), легкие представляют картину белой пневмонии, часто встречается асцит. Известен также диагностически важный сифилитический остеохондрит. На границе эпифиза и диафиза длинных трубчатых костей, особенно на нижнем эпифизе бедренных костей находят вместо тонкой и ровной оссификационной линии более или менее толстый слой желтоватого цвета, зубчатый или волнистый (рис. 69).

Еще более важно нахождение в органах новорожденного сифилитических спирохет. Их находили в пузырьках пемфигуса, во многих внутренних органах, в печени и особенно в надпочечниках.

Если новорожденный и родится видимо здоровым, то у него в дальнейшем могут появиться сифилитические проявления. Наконец при очень слабой или давней инфекции матери ребенок, хотя и свободный от каких-либо специфических явлений, остается слабым, малокровным, отсталым в физическом и умственном развитии (*syphilis hereditaria tarda*).

Плод нашей больной имел ряд сифилитических явлений (гепатит, асцит, пемфигус). Он родился на 2 недели раньше срока, погиб в родах вследствие дистокии; если бы он родился живым, он скоро бы погиб от врожденного сифилиса.

А послед? Плацента была большая, бледная, мясистая. Вес ее 600 г. Патологическая анатомия учит, что при внутриутробном сифилисе плацента представляет крупные изменения: утолщение ворсинок, разрастание соединительной ткани и синцития, запустение межворсистых пространств, облитерацию сосудов ворсинок (*endarteriitis obliterans*). Интересно, что, в противоположность внутренним органам плода, плацента содержит спирохеты в умеренном количестве.

Что касается терапии, то именно беременные подлежат энергичному противосифилитическому лечению. Сифилитичка, забеременев, должна в интересах плода подвергнуться тщательному лечению ртутью и сальварсаном, если только состояние почек допускает подобное энергичное лечение.

Большое практическое значение имеет вопрос: может ли мать кормить своего сифилитического ребенка?

В настоящее время твердо установлено, что даже видимо здоровая мать может кормить грудью своего больного ребенка. Скажу более, она должна его кормить, потому что она не может быть заражена своим ребенком, так же как не может получить сифилиса со стороны. Ребенок молоком его матери полезно, тем более, что с молоком матери он вероятно получает вырабатываемые матерью антитела. Никогда не следует допускать кормления сифилитического ребенка здоровой женщиной. Известны многочисленные случаи заражения кормилиц сифилисом, причем первичный склероз обнаруживался на соске.

Мне лично известен случай, где заведомо сифилитический ребенок (кондиломы) заразил свою 60-летнюю бабушку: в отсутствие матери старушка, чтобы успокоить ребенка, дала ему свою старческую грудь. Спустя три недели я видел на грудном соске старухи твердый шанкр.

С другой стороны надо соблюдать величайшую осторожность при выборе кормилицы для ребенка здоровых родителей. Лишь детальное исследование кормилицы, отрицательная реакция Wassermann'a убеждают нас в отсутствии латентного сифилиса у кормилицы. Сложнее вопрос, может ли мать-сифилитичка кормить грудью своего здорового ребенка? Правда, никогда еще спирохеты не были найдены в молоке. И все-таки удалось привить сифилис кроликам молоком матерей сифилитических детей.

Но обычно женщина рождает здорового ребенка тогда, когда у нее сифилис находится уже в стадии незаразной. Если сифилис ее не передан во время беременности через плаценту, он не передается и после родов через молоко. По сие время неизвестно ни одного случая твердого шанкра на губах грудного младенца. В исключительных же случаях, где беременная женщина, заразившаяся в конце беременности сифилисом, рождает здорового ребенка вы, полагаю, не рискнете настаивать на кормлении его материнской грудью.

После краткого обзора влияния сифилиса на беременность, роды и кормление вернемся к нашей больной.

Роды кончились рождением мертвого явно сифилитического младенца. Первая неделя послеродового периода прошла без осложнений. Мы не преминули взять кровь для реакции Wassermann'a (20 октября). 22 октября лаборатория прислала ответ (№ 167): кровь—RW. Результат исследования — резко положительный (++++).

Мы сообщили больной о результате реакции, поставили также в известность ее мужа и преоддали обоим совет подвергнуться противосифилитическому лечению.

20 октября, на 11-й день после родов, роильница выписалась домой.

Интерес случая. У повидимому вполне здоровой первородящей родовой акт протекает очень медленно, плод находится в переднеголовном предлежании.

Вследствие начавшейся асфиксии плода при неполном зеве наложены щипцы, сделана hysterostomatia. Выведена головка, извлечь туловище не удастся. Заподозрен асцит плода, выведены ручки, на мертвом плоде сделана эмбриотомия. Извлеченный плод представил картину тяжелого сифилитического поражения (гепатит, асцит, пемфигус). Послеродовой период без осложнений. Реакция Wassermann'a резко положительная.

Случай 31-й.

Е. Ф. Б., 19 лет (№ приемного журнала 859), поступила в хирургическое отделение больницы 25 октября 1926 г. по поводу сильных болей в суставах ног.

Больная считает себя беременной на сносях. Беременность первая. Месячные носят с 14 лет, через 4 недели, по 4—5 дней. В 1925 году болела тифом. Замуж вышла год назад. Последние регулы 20 февраля с. г. Времени появления движений плода указать не может. В течение всей беременности страдала белыми, не лечилась. 11 сентября, поскользнувшись, упала. С тех пор стала жаловаться на боли в левом голеностопном суставе. Заметив опухоль сустава, больная поступила в одну из больниц города, где и пролежала около 2 месяцев. Во время пребывания в больнице были знобы, жар. Там же была произведена операция: был вскрыт сустав, после чего жар спал. Самочувствие улучшилось, больная выписалась домой. 25 октября сразу заболел правый коленный сустав, опять появилась опухоль, жар, сильные боли, побудившие больную поступить в хирургическое отделение больницы (25 октября 1926 г.).

При поступлении: больная среднего роста, ослабленного питания, темная шатенка. Внутренние органы без особенностей. Беременность—10 лунных месяцев. Т° 36,5. Пульс 80. Правый коленный сустав сильно распухший. Активные движения невозможны вследствие болезненности. В суставе значительное количество жидкости. Левый голеностопный сустав увеличен циркулярно в своих размерах. Активные движения значительно ограничены. С внутренней стороны у лодыжки гранулирующая рана (после бывшей операции) с небольшими гнойвидными выделениями. Стопа в положении *pes equinus*. Наружные части развиты правильно. Вход во влагалище нерожавший. Выделения слизисто-гноевидны. Родовой деятельности нет. Окружность живота 89. Размеры таза: d. sp.—26; d. cr.—28; d. troch.—31; conj. ext.—20. Продольное положение. Предлежит головка неподвижно во входе. Спинка справа; сердечные тоны справа ниже пупка.

Каков диагноз?

1. Нормальная беременность около 9 лунных месяцев. Острый суставной ревматизм.
2. Можно предположить гоноройное поражение суставов.

Беременность повидимому нормальная, т. е. положение плода правильное, плод жив, таз нормальный. Беременность повидимому не вполне доношенная. Нас интересует здесь поражение суставов. И вполне понятно, что с акушерской точки зрения нас наиболее должен интересовать вопрос

не имеем ли мы здесь дело с гоноройной инфекцией? Если процесс ревматический, то он вряд ли может иметь влияние на роды и послеродовой период; туберкулез суставов, болезнь чрезвычайно тяжкая, также вряд ли отразится на течении родов.

Другое дело гонорея! Входными воротами для гоноройной инфекции всегда является мочеполовая система, и, раз у больной имеется гонококковый артрит, мы вправе ожидать серьезного поражения гениталий. Итак первой задачей является: исключить или установить гонорею! В анамнезе нет указаний на бывший когда-либо уретрит; не было ни частых позывов на мочу, ни резей при мочеиспускании. С другой стороны, больная определенно указывает на обильные бели, появившиеся в начале беременности и беспокоившие больную в продолжение всей беременности. Далее осмотр половых частей обнаружил обильное истечение слизисто-гнойных выделений. Возьмем же мазок влагалищного секрета и поисследуем его бактериологически. Не забудем сделать и анализ мочи. Наконец вспомним, что голеностопный сустав был в другой больнице вскрыт. Может быть полученный из суставной полости экссудат был подвергнут исследованию. Запросим больницу о результате анализа!

На следующий день все справки получены. Мазок влагалищного секрета: выделения слизисто-гнойные. Флора обильная; найдены гонококки внутриклеточные, много грамположительных кокков и грамотрицательных палочек. Обилие гнойных телец.

Анализ мочи: цвет желтый, прозрачность—мутная. Уд. вес—1,023. Реакция кислая. Индикан и уробилин в норме. Белка 0,06%. Сахару нет. В осадке: эпителий плоского много, хвостатого немного. Лейкоциты—50—70 в поле зрения. Эритроциты невыщелоченные 1—2 в поле зрения. Гиалиновые цилиндры—5 в поле зрения. Оксалатов много.

Из соседней больницы получена краткая справка: в экссудате, полученном из левого голеностопного сустава гр-ки Е. Б., найден диплококк Neisser'sa.

Сразу проливается свет на всю картину болезни!

В начале брака (замужем больная ровно год) наступила гоноройная инфекция. Чем она проявилась в начале заболевания, нам неизвестно, очевидно она была локализована в нижних путях. Наступила беременность. В течение всей беременности шли обильные, гнойные бели. Вследствие своей малой сознательности больная не обращалась за врачебной помощью. Она продолжала жить со своим больным мужем. На 7-м месяце беременности метастатически заболел левый голеностопный сустав (11 сентября). Спустя 1½ месяца появился правосторонний гонит. Теперь перед нами тяжело-больная женщина с гоноройными артритами, с гонореей полового аппарата в конце беременности, с поражением лоханок невыясненного характера. Прежде чем остановиться на той или иной терапии, обсудим вопрос, имеющий огромное практическое значение, вопрос беременности и гонорее. Гонорея сама по себе болезнь чрезвычайно важная как по своей распространенности, так и по своему глубокому влиянию на здоровье и трудоспособность женщины, болезнь, с которой человечество знакомо давно, но познало недавно и тщетно ведет ожесточенную борьбу.

Гонорея обычно начинается в молодом возрасте. Являясь „печальной привилегией человека“, гонорея поражает половой аппарат женщины или частично, мало нарушая общее состояние и работоспособность ее, или, распространяясь на всю половую систему, превращает женщину в инвалида. Вы знаете, что мы различаем гонорею нижних путей и гонорею восходящую. Если инфекция локализована в нижних отделах мочеполового аппарата (уретра, бартолиновые железы, канал шейки) то, по затихании острых явлений, часто наступает беременность. Труднее она наступает, когда барьер внутреннего зева пройден, когда уже имеется gonorrhoea

corporis uteri. Часто наблюдается длительное бесплодие, но и тут может наступить беременность, так как пораженной может оказаться не вся слизистая оболочка тела матки. Оставшиеся пощажёнными участки эндометрия могут, как доказал *Витт*, служить местом плацентации оплодотворенного яйца. Правда, нередко наступает выкидыш, наблюдались и повторные выкидыши, зависящие от гоноройного эндометрита.

В других случаях беременность не нарушается. Под влиянием растущего в полости матки плодного яйца гонококки, заселявшие эндометрий, исчезают, беременность, особенно в первые месяцы ее, сопровождается болями в животе, часто схваткообразными, а также в крестце.

Если восходящая гонорея распространилась на трубы и серозный покров тазовых органов, то женщина надолго болеет то более, то менее тяжело.

В большинстве случаев, особенно после перенесения двустороннего гнойного воспаления труб (*pyosalpinx bilateralis*), наступает бесплодие навсегда. Вы знаете этих несчастных страдалиц, лечащихся годами, получающих временное облегчение, постоянно болеющих обострениями, вечно хмурых, недовольных, раздражительных, часто проявляющих все признаки безнадежной истерии. Эта истеричность хронических гоноройных больных настолько характерна, что можно даже говорить о *hysteria gonorrhoeica*.

При менее тяжком поражении труб все же по прошествии долгого времени, после длительного специфического и рассасывающего лечения, способность к зачатию восстанавливается. Наступает беременность. К несчастью, остается повышенное расположение к внематочной беременности. Потеря трубного эпителия или его ресничек, набухлость слизистой трубы, катаральный или гнойный секрет ее, полипозные разрастания, слипание складок, сужение или заращение просвета, сращения, спайки, ведущие к перегибу трубы или непроходимости ее, а может быть и нарушение физиологической сократительности трубы — все эти моменты могут воспрепятствовать попаданию оплодотворенного яйца в полость матки. Оно оседает где-либо в трубе — в результате трубная беременность. Собирайте тщательно анамнез у ваших больных с внематочной беременностью, и вы часто получите определенные указания на воспаления придатков, нередко гоноройные. Счастье больным, у которых наступила правильная беременность: она им не только вернет утраченную на много лет радость материнства, она им вероятно вернет и здоровье, так как нет более могучего рассасывающего агента, чем беременность. Если только послеродовой период протечет без осложнений!

При уже существующей беременности свежая трипперная инфекция есть событие весьма грозное. Правда, обычно процесс распространяется выше внутреннего зева, встречая преиятствие со стороны плодных оболочек. В сочном, разрыхленном под влиянием беременности эпителии преддверья, уретры, влагалища и шейки гонококки находят хорошую для себя почву. Клинические явления гонореи нижних путей во время беременности выражены значительно резче, чем у небеременной женщины. Обильное истечение гноя, чувство жжения, ссадения во входе во влагалище, краснота и отечность слизистых, явления бугоркового воспаления влагалища (*colpitis granulatis*) весьма характерны. Часто разрастаются острые кондиломы на половых губах, в преддверьи влагалища, на промежности и вокруг заднего прохода. Быстро разрастаясь, сливаясь друг с другом, они образуют подчас огромные опухоли, имеющие некоторое сходство с цветной капустой, достигающие величины больше кулака взрослого, механически закладывающие вход во влагалище и *anus* и даже мешающие ходить.

Но не только в местных процессах проявляется гонорея. В настоящее время установлено, что гонорея нередко принимает характер как бы

общей инфекции, могущей протекать малозаметно. Связь поражения миокарда с гоноройной инфекцией доказана *Iagic*'ем и *Schiffner*'ом. Подобный инфекционный миокардит наблюдается не только при существующем гоноройном суставном ревматизме, но и при гоноройном, воспалении придатков. Вероятно он встречается чаще, чем можно предположить, и есть основание думать, что не один обнаруженный в почтенном возрасте случай миокардита должен быть этиологически отнесен к перенесенной в молодые годы гонорее.

Несколько слов о гоноройном артрите. Давно уже известно, что при гонорее нередко наблюдается специфическое воспаление суставов, то коленного, то голеностопного, луче-запястного и проч. Характерным считали поражение всегда одного сустава — *monarthritus gonorrhoeica*. При гонорее могут заболеть и 2 и 3 сустава. Лично я видел множественное поражение суставов в одном тяжелом случае послеродового гоносеписа. У нашей больной при гонорее, начавшейся повидимому во время беременности, вначале заболел левый голеностопный сустав (11 сентября). Спустя 1½ месяца те же явления начались в правом коленном суставе (25 октября). Специфический характер заболевания установлен бактериологически.

Интересны наблюдения *Jul. Mayer* и *Bremer*'а из клиники кожных и половых болезней в Мюнхене (1928). На 5778 гоноройных больных приходилось заболеваний суставов 2,2%. Из них монартритов было 45,2%; в остальных случаях было множественное поражение суставов. Обычно заболевает одновременно несколько суставов, и дело кончается монартритом. Ни в одном случае не наблюдалось обратного положения, т. е. чтобы начальный монартрит переходил в полиартрит. Таким образом, по наблюдениям *Mayer*'а и *Bremer*'а, при гонорее монартриты и полиартриты распределяются приблизительно поровну. При полиартритах одновременно поражалось в среднем три сустава (в 33,9% коленный сустав, в 20,4% луче-запястный, в 19,3% голеностопный, в 9,6% плечевой и в 8,2% остальные мелкие суставы). При монартритах коленный сустав представлен почти половиной всех случаев.

При гонорее, приобретенной во время беременности, последняя, как правило, доходит до своего нормального конца. Родовой акт протекает, как обычно. Лишь при свежих процессах родовые схватки отмечаются необыкновенной болезненностью. В периоде изгнания, в момент прохождения головкой плода шейки и влагалища существует опасность переноса инфекционного начала на конъюнктивы младенца. Общеизвестна профилактика бленореи новорожденных, введенная *Crédé*. Только что родившемуся ребенку, после обмывания глаз стерильной водой, пускают в конъюнктивальные мешки по одной капле слабого раствора *argenti nitrici* (1%), *argenti acetic* (1%), *sophol* (1%), *protargol* (2%).

Особенно важен для нас послеродовой период при гонорее. Именно в это время гоноройная инфекция чаще всего распространяется на верхние отделы полового аппарата. Да это и понятно. В это время полость матки, защищенная во время беременности от внедрения в нее гонококков плодными оболочками, широко раскрыта. Из растянутой шейки, из влагалища трипперные кокки могут свободно восходить, быстро размножаясь в лохиях, в полость матки. Уже на 3-й—4-й день после родов вся внутренняя поверхность матки заселена гонококками. Выделения при этом имеют гнойный характер и стекают в большом количестве наружу. В это время клинические явления очень незначительны: температура нормальна или почти нормальна, боли ничтожны, тянущего характера. И лишь обильные гнойные лохии указывают на серьезные изменения в матке (*endometritis gonorrhoeica acuta puerperalis*). Хорошо, если процесс ограничивается—

полостью матки. Гной имеет хороший сток, выделения постепенно уменьшаются в количестве, полость матки очищается, и спустя месяц-полтора гонорея переходит в латентную форму, а может быть и исчезает клинически вовсе. К сожалению часто процесс не ограничивается внутренней поверхностью матки, инфекционное начало проникает через маточные отверстия труб в просвет последних, вызывая бурную картину острого сальпингита. Гной, растягивая трубу, превращает ее в острый гнойник (pyosalpinx), а вытекающая из брюшного отверстия в брюшную полость дает картину начинающегося перитонита: появляются острые боли внизу живота, боли уже не тянущие, как при эндометрите, а бурные перитонеальные, режущие, жгучие; к ним присоединяется вздутие живота, задержка газов, напряжение брюшных стенок. Температура, бывшая нормальной или субфебрильной, повышается и достигает высоких цифр. Пульс учащается. Подобная катастрофа разражается сравнительно поздно, не на 3-й или 4-й день, как большая часть послеродовых осложнений, а лишь к концу 1-й недели или только на 2-й. В первый момент не легко отличить картину острого послеродового тазового перитонита от острого послеродового септического воспаления брюшины. Клиническое наблюдение уже через день-два разрешает всякие сомнения.

В подавляющем большинстве случаев пожар, в первый момент грозивший охватить всю брюшину, локализуется в полости малого таза. Бурные явления быстро стихают, остается болезненность нижних отделов живота и напряжение стенок в hypogastrium. Вздутие уменьшается, газы начинают отходить, температура спадает литически. Бактериоскопическое исследование подтверждает диагноз: выделения содержат чистую культуру трипперного кокка.

Позднее начало, меньшая реакция со стороны общего состояния больной, быстрое стихание перитонеальных явлений, быстрое отграничение процесса в тазу, нахождение гонококка в выделениях — все это обычно позволяет легко отличить гонорейный перитонит от септического. Общий разлитой гонорейный перитонит принадлежит к редкостям. В большом числе случаев восходящая послеродовая гонорея не дает столь бурной картины. Если гной не успеет излиться в брюшную полость, если брюшные отверстия труб во-время склеятся и процесс ограничится сальпингитом и более или менее выраженным перисальпингитом, клинические явления будут менее грозны, симптомы перитонита будут выражены слабо, боли менее остры, метеоризм меньше, температура не достигнет столь высоких цифр и будет давать ремиссии, как при пиемических процессах. Исследование обнаружит болезненность и напряжение боковых сводов, утолщенные трубы будут прощупываться в виде напряженных, болезненных, продолговатых опухолей. Часто через задний свод определяется мягкий, болезненный, плоский валик экссудата.

Наконец в другом ряде случаев послеродовой период протекает почти гладко или лишь с перитонеальными болями и чуть повышенной температурой. Ничто не предвещает какого-либо серьезного осложнения, больная возвращается к своим обычным занятиям и лишь после возобновления половой жизни или непосредственно вслед за первой после родов менструацией заболевает воспалением придатков.

Гонорея в послеродовом периоде очень редко ведет к смерти. в подавляющем большинстве случаев прогноз *quoad vitam* благоприятен, *quoad restitutionem ad integrum* же он печален.

Не говоря о том, что молодая мать часто надолго приковывается к постели и этим лишается возможности жить и работать для своего младенца, она часто на долгие годы лишается трудоспособности, тяжело перенося свою инвалидность. Наконец огромное социальное значение имеет

стойкое бесплодие, являющееся результатом гоноройного воспаления труб. Это и есть бесплодие, известное под названием „бесплодия одним ребенком“ (Einkindsterilität).

Настоящий краткий очерк убеждает вас в серьезности осложнения беременности гонореей и естественно перед вами во весь рост встает вопрос о рациональной терапии беременной женщины, инфицированной гонореей.

Во время беременности гонорея нижних путей требует лечения, при чем последнее мало чем отличается от такового у небеременной женщины. В остром периоде назначается полный постельный покой, легкая диета, обмывание наружных частей. По затихании острых явлений назначаются дезинфицирующие спринцевания, причем особенно следует обращать внимание на технику их. Вода должна быть свежeproкипяченная, наконечник стеклянный, стерильный, кружка Эсмарха должна висеть низко во избежание сильной струи, наконечник должен вводиться бережно и неглубоко, спринцевание должно производиться в лежачем положении больной. Для спринцеваний пригодны слабые растворы сулемы (недолго — от трех дней до недели), раствор хлористого цинка (sol. zinci chlorati 25—50% 1—2 чайных ложки на литр воды). Рекомендуют вливание во влагалище с помощью зеркала 1—2% раствора ляписа, введение шариков с ихтиолом или тигенолом. Я лично избегаю последних методов, ограничиваясь спринцеваниями. Всякие манипуляции на шейке противопоказаны во избежание нарушения целостности плодных оболочек. Гнойные бартолиниты вскрываются, как на небеременной. Большие опухоли острых кондилом удаляются под общим наркозом или при местном обезболивании (замораживание хлорэтилом) с помощью ножа, ножниц, пакелена или острой кюретки.

При гоноройных артритях рекомендуются: внутривенные вливания уротропина, инъекция гонококковой вакцины; местно — тепло, диатермия, мази с ихтиолом или уксуснокислым глиноземом. *Schlesinger* считает особенно полезным наложение застойного бинта (начиная с 1/2 часа, постепенно увеличивая продолжительность застоя до 6—8 часов в день).

Чем ближе беременность к сроку родов, тем менее активно должна быть терапия, так как возбудимость маточной мускулатуры прогрессивно повышается и матка легко может реагировать сокращениями на всякого рода раздражения.

В родах следует придерживаться крайнего консерватизма. По рождении ребенка профилактика бленореи глаз обязательна. Наиболее существенно ведение послеродового периода. Если обычно родильница покидает постель на 7—8-й день после родов, то здесь следует настаивать на возможно продолжительном покое родильницы. Раньше 4—6 недель не должно быть речи о вставании. Лед на живот, спорынья должны способствовать должной инволюции матки. Антисептические спринцевания допустимы не раньше 2 1/2—3 недель после родов и обязательно под возможно низким давлением. Если несмотря на рациональную профилактику, все же наступит осложнение в виде воспаления труб или тазовой брюшины, то показана соответствующая терапия, о каковой тут, не место распространяться.

Теперь вернемся к нашей больной, вспомним, что она поступила в больницу на 10-м лунном месяце с гоноройным артритом коленного и голеностопного суставов и с гнойными выделениями из влагалища, содержащими в изобилии гонококки.

Как быть?

1. Случай запущенный. Нужно еще до родов начать лечение как полового тракта, так и артритов.

2. Нужно больную вести строго консервативно и все внимание обратить на профилактику осложнений в послеродовом периоде.

Наша больная беременна на сносях. Может быть до родов осталось всего несколько дней. Не может быть речи о планомерном лечении до родов столь сложного и запущенного случая. Займемся тщательным обследованием больной и примем уже теперь возможные меры профилактики. Больной предписан полный покой, обмывания наружных частей. Правая нога положена в лину, на коленный сустав — согревающий компресс. Гранулирующая рана на левом голеностопном суставе перевязана (26/X). Температура вечером 37,8.

Первые дни пребывания в больнице прошли без перемен. Правда, под влиянием покоя и компрессов боли в правом колене начали стихать. Температура колебалась между 36,2—36,8 по утрам и 38,2 по вечерам. Стул и мочеиспускание нормальны. Движение плода чувствует хорошо.

30 октября в 22 часа начались родовые боли; роженица переведена в родильню.

Весь день 1 ноября родовая деятельность была удовлетворительна. В полночь на 2 ноября отошли воды. В 1 ч. 55 мин. исследование per rectum: открытие около 3 пальцев. Края зева толстоваты. Головка неподвижна, значительным сегментом во входе. Родовые схватки частые, сильные. Сердечные тоны справа ниже пупка. В 6 часов начались потуги. В 8 час. 60 мин. (2/XI) родился плод женского пола, живой, весом 3150 г, длин. 49 см. В 9 час. 30 мин. вышел послед по Schultze. Послед без дефектов. Оболочки все.

На маточной поверхности плаценты старые сгустки, с трудом отделимые от послеродовой ткани. Вес последа 650 г. Пуповина слабо витая, длиною в 50 см.

Обнаружен разрыв слизистой преддверья: наложено 6 швов. Матка хорошо сократилась. Кровотечения нет.

В первые дни послеродового периода температура держалась субфебрильная. Пульс все время хороший, 80—92 удара. Обратное развитие матки шло удовлетворительно (родильница с первого дня получала 3 раза в день экстракт спорыньи, по 20 капель). Лохии кровянистые, на 3-й день стали издавать небольшой запах.

6 ноября (на 5-й день после родов) в выделениях найдены наряду с грамположительными кокками в избытке гонококки. Правый коленный сустав в течение первой недели стал опухать больше, движения в нем резко ограничены и болезненны. Сустав деформирован. Коленная чашка баллотируется. Левый голеностопный сустав несколько деформирован, стопа в положении per equinus, активные и пассивные движения затруднены. Ранка подживает, эпителизируется.

8 ноября сняты швы с разрыва преддверья: первичное натяжение.

Приступлено к лечению внутривенными вливаниями уротропина. Всего вливаний сделано пять (8, 13, 18, 23 и 30 ноября).

Каждый раз введено в одну из подкожных вен локтевых сгибов по 5 см³ 40% раствора уротропина. Уже после первого вливания температура спустилась до нормы, с тем, чтобы не повышаться вовсе. Выпот в коленном суставе начал уменьшаться. Боли стихли через несколько дней после первого вливания.

30 ноября реакция скорости оседания эритроцитов до вливания—36 минут. Непосредственно после вливания—30 минут. Гемоглобина—75%. Эритроцитов—4 145 000., Лейкоцитов—5200. Нейтрофилов—55%. Лимфоцитов малых—27%, средних—8% больших—4%. Моноцитов—3%. Переходных форм—3%.

2 декабря. Общее состояние хорошее. Живот мягок, безболезнен. Матка над лоном не прощупывается. Выделения незначительны, слизисто-гноевидны. Коленный сустав опал, движения свободны. Болей нет. Активные движения в голеностопном суставе значительно свободнее, по размаху не отличающаясь от движений другой стопы. Небольшая опухлость сустава держится, при движениях небольшой хруст. Болей нет. На внутренней поверхности сустава в области лодыжки свежий рубец.

Больная начинает ходить на костылях. Через неделю выписалась из больницы с ребенком для амбулаторного лечения.

Интерес случая. Из одной из городских больниц в хирургическое отделение переводится молодая беременная на сносях женщина с жалобами на опухоль и боли в правом коленном и левом голеностопном суставах. Анамнез, наличие гнойных выделений заставляют подозревать гонорею. Бактериоскопическое исследование выделений, а также справка из больницы, где была произведена инцизия голеностопного сустава и исследование экссудата, подтверждают диагноз. Роды протекают физиологически. В послеродовом периоде проводится рациональная профилактика осложнений. Артриты быстро уступают лечению внутривенными вливаниями уротропина.

Случай 32-й.

А. М., 29 лет (№ приемного журнала 9375), поступила в клинику 4 июня 1926 г. с жалобами на боли внизу живота и в пояснице. Считает себя беременной 2¹/₂ месяца.

Из анамнеза мы узнаем, что М. менструирует с 15 лет, через 4 недели, по 3 дня, всегда с небольшими болями. Половой жизнью живет 5 месяцев. Характер регул после замужества не изменился. Последние регулы 1 марта. Вскоре стала замечать неопределенные боли в животе, особенно в левой его половине внизу. Одновременно с этим появились запоры. Мочевыделение нормально.

Больная — правильного сложения, плохого питания, несколько старообразного вида. Пульс 84 удара в минуту. Т—37°. Сердце: границы в норме, тоны заглушены. Легкие: притуплений нет, отдельные сухие хрипы в нижних долях. Анализ мочи: цвет соломенно-желтый, реакция кислая, удельный вес 1 010, белка следы, немного плоского эпителия. Живот впалый, мягкий; над лоном прощупывается мягкий купол, повидимому, беременной матки, тут же отмечается чувствительность, усиливающаяся по направлению к левой паховой области.

Per vag. Наружные половые органы развиты нормально, выделения слизисты, беловаты. Синюшность входа. Влагалище узкое, с резко выраженными столбцами складок. Шейка небольшая, с почти точечным зевом, размягченная. Матка значительно увеличена, величиною с женский кулак, размягчена, шарообразна, в антеверзии, смещена вправо и несколько кпереди. Через задне-левый свод определяется опухоль, округлая, величиною с кулак, мало подвижная, туго-эластической консистенции, тесно прилегающая к матке и отодвигающая ее вправо и кпереди. Более детально определить отношение опухоли к матке не удается. Реакция оседания эритроцитов 1 ч. 45 мин.

Вы понимаете, как важен в этом случае диагноз: он определит наш образ действий, он решит судьбу беременности, если она есть, он, может быть, решит и судьбу больной.

1. Надо полагать, что у больной беременность внематочная, при чем левосторонняя трубная. Опухоль соответствует 3-месячной беременности. Матка увеличена как всегда при внематочной беременности.
2. Мы имеем дело с нормальной 3-месячной беременностью. Опухоль повидимому субсерозная фибромиома, размягченная под влиянием беременности.
3. Беременность вне сомнения. Судя по положению и консистенции, опухоль исходит из левых придатков. Следует предположить кисту яичника.

* Прежде чем приступить к дифференциальной диагностике, предложим себе вопрос: беременна ли наша больная? Никто из вас, повидимому, в беременности не сомневается. Действительно, целый ряд признаков ука-

зывает на нее: задержка регул, самочувствие больной, синюшность входа, значительное увеличение, консистенция, округлость матки.

И вполне понятно, что, найдя при предположительном диагнозе беременности рядом с маткой мягковатую опухоль, вы сразу же высказали предположение о внематочной беременности. Ведь нахождение сбоку от матки опухоли при наличии субъективных и объективных признаков начальной беременности — не есть ли весьма убедительный признак внематочной беременности? С другой стороны, и нормально-беременная женщина может же быть носителем той или иной опухоли в тазу. А посему разберемся.

Существовала ли опухоль до беременности, мы не знаем, мы больную видим впервые. Опухоль величиною с кулак соответствует сроку беременности, но форма ее округлая (при трубной беременности опухоль обычно более продолговатая), консистенция туго-эластическая (при внематочной беременности опухоль мягче, тестоватая). Беременная труба имеет обычно отношение к углу матки, как бы отходит от него; здесь опухоль, располагаясь довольно глубоко в тазу, тесно прилегает к матке, оттесняя ее вправо и вперед. Матка увеличивается и при внематочной беременности, но никогда величина ее не соответствует сроку беременности, она всегда меньше предполагаемого срока. Кроме того, против внематочной беременности говорит то, что больная никогда женскими болезнями не хворала, забеременела вскоре после начала половой жизни, что беременность первая и, наконец, что беременность дошла до 3 месяцев (обычно трубная беременность прерывается раньше). Слишком много доводов, говорящих против внематочной беременности.

Второе ваше предположение — нормальная беременность и субсерозная фибромиома. Это предположение поддерживается и округлостью опухоли и тесным прилеганием ее к матке и малой подвижностью. И все-таки как мало вероятен диагноз фибромиомы! Больной всего 29 лет, в анамнезе нет никаких указаний на неправильности менструаций, кровотечений никогда не было. Кроме того, опухоль туго-эластическая, в то время как фибромиома, даже размягченная в силу беременности, на дает ощущения эластичности.

Наконец, опухоль болезненна. Вряд ли мы можем предположить воспалительные явления в фибромиоме при отсутствии патологических выделений, повышенной температуры и проч. Диагноз фибромиомы, как весьма маловероятный, мы отклоняем.

Придатковая опухоль, новообразование яичника, кистозная опухоль яичника, при нормальной беременности — наиболее вероятный диагноз. Мы знаем, что женщины, носительницы кисты яичника, могут забеременеть. Если бесплодие у всех прочих женщин наблюдается в 6,1—9,5% случаев, то среди женщин с кистами оно имеется в 14,7—16,03% случаев. (*Stübler* и *Brandess, Nyström*). Сочетание беременности и кисты яичника — явление нечастое: 0,03—0,46% беременных, поступающих в больницы и клиники, страдают одновременно опухолью яичника (по *v. Varo*—0,13%, 1926). В подавляющем большинстве случаев опухоль односторонняя, но, как ни странно, описаны случаи беременности при двустороннем раке яичника. Обычно опухоль доброкачественная, чаще всего дермоидная киста (60%) или простая киста (30%) или паравариальная киста.

Интересна статистика *August Mayer'a*. На 49 случаев опухолей яичников при беременности он нашел:

Дермоидных кист	22 = 45,0%
Псевдомуцинозных кист	11 = 22,4%
Сосочковых кистаденом	2 = 4,8%
<i>Cystoma serosum simplex</i>	10 = 20,4%
Фибром, сарком	по 1
Раково-перерожденных кист	2

При исследовании в начале беременности мы находим опухоль в малом тазу, сбоку матки, или в дугласовом пространстве, или определяем ее через передний свод (чаще при дермоиде). Опухоль или связана с маткой более или менее ясно определяемой ножкой или же, при короткой ножке или межсвязочном расположении опухоли, наблюдается тесное прилегание опухоли к матке и малая ее подвижность. Консистенция разная: при дермоиде — более плотная, при паровариальной кисте мягко-эластическая, зыблящая, при однокамерной серозной более или менее эластическая (от мягко-до туго-эластической), при многокамерной псевдомуцинозной — более плотная с бугристой поверхностью. Киста яичника неосложненная обычно безболезненна; при нарушении питания опухоли, при хотя бы ничтожном перекручивании ножки, опухоль может быть болезненной, не говоря уже об острых явлениях перекручивания, сопровождающихся всегда сильными болями. Особенные диагностические трудности дают большие кисты, занимающие большую часть брюшной полости. Тут, при комбинации их с беременностью, можно легко впасть в ошибку, поставив диагноз многоводия. Wetterwald (Лозанна, 1925) повествует о 9 таких случаях. Во всех 9 случаях киста распознана не была.

Подходит ли картина нашего случая к диагнозу кисты яичника при беременности? Вполне! Киста яичника до наступления беременности ничем себя не проявляла. Однокамерная простая киста покоилась в малом тазу, не вызывая симптомов. Наступила беременность (яйцо из здорового правого яичника подверглось оплодотворению). По мере роста матки киста начала подвергаться смещению. Может быть ножка кисты испытала хотя бы незначительное перекручивание, нарушилось питание кисты, наступили реактивные воспалительные явления, и вот мы находим округлую, болезненную, смещающую матку кпереди и вправо опухоль и стоим перед вопросом:

Что предпринять?

1. Киста небольшая, повидимому на короткой ножке. При дальнейшем росте матки киста выйдет из малого таза и, располагаясь высоко, не представит препятствий ни донашиванию беременности, ни родовому акту. Нужно держаться консервативного образа действий.
2. Киста в течение беременности может проявить быстрый рост или может перекрутиться. В виду этого нужно оставить больную под наблюдением и вмешаться активно при первых угрожающих явлениях.
3. Так как киста представляет серьезную угрозу не только беременности, но и здоровью и жизни женщины, показано немедленное оперативное вмешательство.

Мнения опять разделились; предложено три различных образа действий: консервативный, экспектативный и активный. В основе разногласия лежит различная оценка опасности, представляемой кистой. В чем же заключается эта опасность? Во-первых, известно, что всякая киста (если только она не межсвязочная) может перекрутиться. Благодаря тем или иным механическим воздействиям среди повидимому полного здоровья женщины, ножка кисты может перекрутиться вокруг своей продольной оси: в результате внезапное заболевание с явлениями острого перитонита. Клиника учит, что при беременности опасность наступления перекручивания больше (12%). Растущая матка поднимает кисту из малого таза в свободную брюшную полость, тут киста в большей мере подвергается различным механическим влияниям, могущим вести к перекручиванию ножки: перемена положения,

перистальтика кишек, неравномерный рост. Возникающие вслед за пере­кручиванием острые явления со стороны брюшины, опасные уже сами по себе, поведут к сокращению матки, в результате — выкидыш или прежде­временные роды.

Во-вторых даже без пере­кручивания ножки, киста опасна тем, что она в 17% случаев ведет к прерыванию беременности: давление кисты на матку,

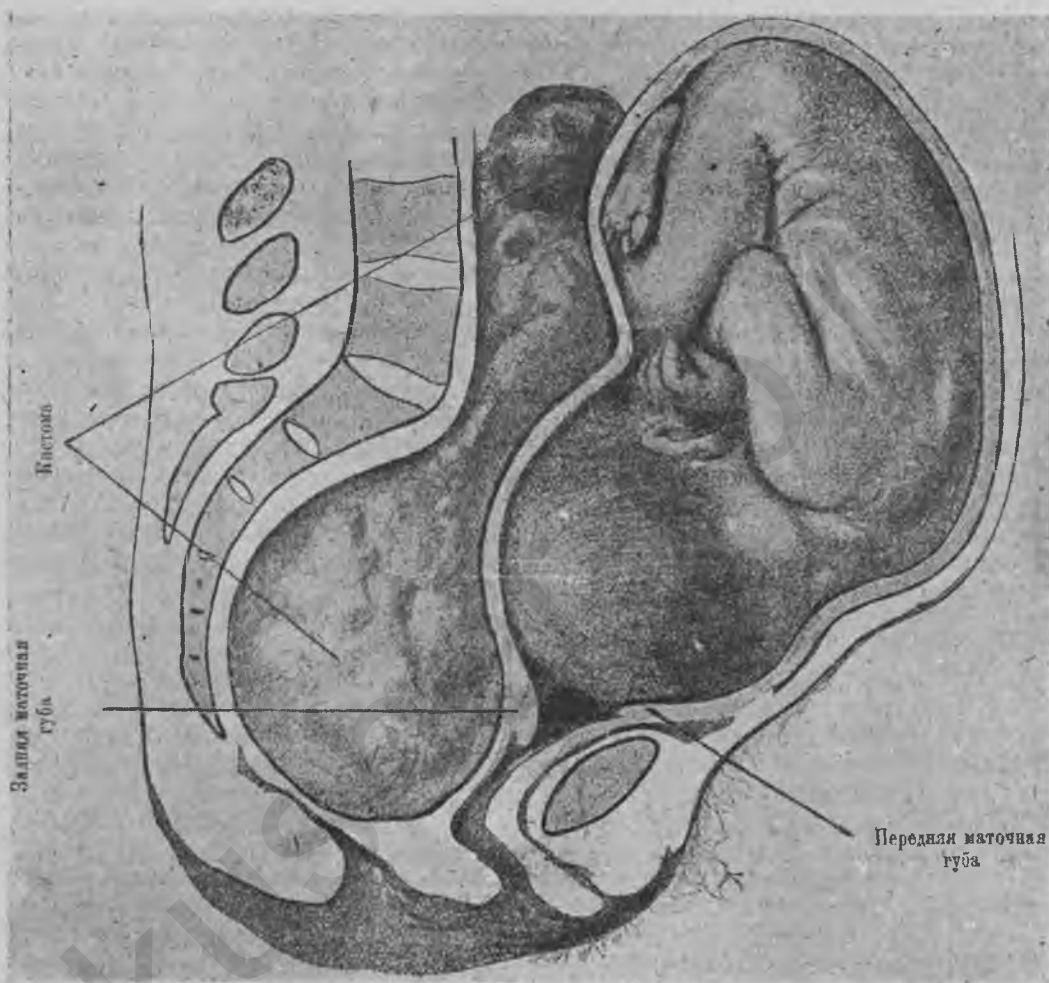


Рис. 70. Осложнение родов овариальной кистой.

ущемление в тазу, натяжение связок, препятствующее росту матки, колла­теральная гиперемия — все это может неблагоприятно отразиться на бере­менности и вести к ее прерыванию.

Далее быстро растущая киста в силу своего объема может, особенно к концу беременности, дать ряд тягостных симптомов, основанных на переполнении брюшной полости (беременная на сносях матка + большая киста!) — появляются одышка, застойные явления, расстройства сердечной деятельности.

Но если даже течение беременности не нарушится, если начнутся роды в срок, то и тут могут наступить опасные явления: хорошо, если киста располагается где-либо высоко в брюшной полости — она на течение

родового акта не повлияет; если же она лежит где-либо во входе в таз, то она может оттеснить подлежащую часть, повести через это к неправильному положению или членорасположению плода, к выпадению пуповины или мелких частей. Еще хуже будет дело обстоять, если киста занимает малый таз, лежа в заднем дугласе. Тут она окажет непосредственное механическое препятствие родовому акту. Лишь в виде исключения уже во время родов дно матки, сокращаясь, сумеет путем влечения за ножку вывести кисту из малого таза в большой, обычно киста остается в малом тазу, и если не будет оказана в родах рациональная помощь — грозит катастрофа (рис. 70).

В 94% случаев (*Puech*) наступают тяжелые расстройства родового акта. Роды, окончившиеся силами природы, дают для матерей от 34 до 50% смертности, больше 55% детей погибает (*Mac Kerron, Lindquist*). Почему? Подлежащая часть не может вступить в таз; если родовая деятельность ослабнет и прекратится, то наступает восходящая инфекция — мать погибает от сепсиса, плод от асфиксии; если родовая деятельность продолжается интенсивно, то наступает или разрыв матки или разрыв кисты. Вслед за этим может наступить смертельный перитонит, особенно, если содержимое кисты обладает сильно раздражающими брюшину свойствами (дермоид). В исключительных случаях наблюдался разрыв не кисты, а стенки влагалища или прямой кишки, через который и рождалась киста через влагалище или задний проход! Какие страшные повреждения — и все-таки описаны случаи выздоровления.

Но если даже в родах не наступило осложнений, мы не можем сказать, что опасность миновала. Наоборот! Уменьшение матки, натяжение ножки увеличивают опасность перекручивания, в травмированной кисте легко наступают кровоизлияния, некроз, нагноение, распад.

Если вы теперь бросите ретроспективный взгляд на все опасности, которые таит в себе киста при беременности, то вы откажетесь от консервативной тактики, сочтете экспектативную ненадежной и признаете единственно рациональной — активную.

Как только у беременной женщины поставлен диагноз кисты яичника, вы ставите показания к немедленному оперативному удалению ее.

Может ли после всего сказанного в нашем случае возникнуть сомнение в необходимости операции?

Но посмотрим насколько овариотомия во время беременности сама по себе безопасна.

По *v. Varo* операция у беременных не опаснее, чем у небеременных. Есть даже указания, что предсказание при овариотомии во время беременности лучше, чем при той же операции без беременности. Объясняется это тем, что в первом случае дело касается большей частью молодых, здоровых женщин с доброкачественными кистами. Если овариотомия у небеременных дает в среднем 5% смертности, то смертность при овариотомии во время беременности колеблется от 0,47 до 3,3% (*Graefe, Orgler, Kerr*). 30 случаев Будапештской клиники (*v. Varo*) прошли без смертности. Из них было 11 первобеременных.

Какая огромная разница: роды при кисте яичника дают, как мы видели, 50% смертности. Своевременная овариотомия во время беременности — 1—2%.

Итак мы решились на операцию. Но предварительно уясним себе, как повлияет операция на беременность. Ведь больная вас спросит, сохранится ли беременность, не наступит ли выкидыш? Вы можете ей сказать, что иногда действительно после операции беременность нарушается, но что это случается реже, чем без операции. По данным литературы, беременность прерывается в 10,5% случаев. Лично у меня на 8 овариотомий во

время беременности (до 1925 г.) выкидыш наступил всего 1 раз, и то в этом случае уже до операции были кровянистые выделения.

Опыт гинекологов всех стран говорит за производство овариотомии во время беременности. Конечно успех зависит от техники, от возможно меньшей травматизации матки, от безупречности асептики. Практически важен вопрос: когда оперировать? В этом отношении мнения авторов расходятся. Одни предпочитают оперировать во второй половине беременности, другие в начале ее. В смысле механических затруднений первая половина беременности заслуживает предпочтения. С другой стороны раздаются голоса, предостерегающие от операции в ранние сроки. Согласно известной теории *Born-Fränkell*'я удаление желтого тела должно иметь неблагоприятное влияние на беременность. Проф. *Скробанский* считает, что вслед за удалением *corporis lutei* должно наступить прерывание беременности, и, хотя целый ряд авторов (*Essen—Moller, Ihm, Fellner, Nyström, A. Mayer, Waldstein* и др.) видели сохранившуюся после этого беременность, все же следует по возможности щадить желтое тело. На основании этих соображений некоторые авторы, как *Unterberger, Clemenz*, советуют отложить овариотомию на более поздние месяцы, если нет условий, заставляющих торопиться с операцией (подозрение на злокачественность, сильные боли и т. п.).

Лично я предпочитаю оперировать в первую половину беременности, имея в виду механические условия. По мнению *Wähmer*'а, опасность прерывания беременности после овариотомии увеличивается с ростом беременности. Овариотомия на 6—7 месяце дала ему в 44% случаев прерывание беременности, на 2-м же месяце аборт наступил только в 14%.

Существует мнение, что следует избегать производить операцию в менструальные периоды, так как в это время легко наступает аборт (*B. v Varo*).

В моей клинике с 1925 года по настоящее время было сделано несколько десятков овариотомий во время беременности. Выкидыш наступил в одном случае: на разрезе препарата (в стенке кисты) обнаружено желтое тело в полном расцвете. Обычно же после односторонней овариотомии прерывание беременности не наступает (*Юрьевский*, Томск, 1928). *Шухер* (1929) в числе своих 9 наблюдений сообщает случай, где после удаления дермоидных кист обеих яичников беременность сохранилась. По *Wetterwald*'у, раз диагноз кисты яичника поставлен, показано чревосечение. „Чем раньше производится операция, тем скорее беременность сохраняется“. *Брюхатов* (Москва, 1928) полагает, что нужно оперировать независимо от срока беременности, как только поставлен диагноз. Если же диагноз ставится лишь после родов, то *Wetterwald* считает операцию показанной в первые дни послеродового периода.

Очевидно, что наиболее правильным будет оперировать, как только поставлен диагноз кисты. Вы видели, как опасно оставление кисты яичника у беременной женщины. Вы видели, что предсказание операции для матерей очень хорошее и что сохранение беременности более чем вероятно.

Будьте уверены, что сознательная больная, выслушав ваши доводы, согласится на операцию. При выборе метода операции, мы дадим предпочтение абдоминальному пути. Тут и поле операции шире, можно легко справиться со сращениями, можно легко остановить кровотечение, а главное, при чревосечении вы можете избежать всякой травматизации матки.

Вы удалите опухоль, почти не касаясь матки, а это очень важно в целях сохранения беременности.

9 июня под общим наркозом приступлено к чревосечению. Разрез по средней линии от пупка до лобка. Послойно вскрыта брюшная полость. Матка, беременная около 3 месяцев, расположена правее средней линии. Слева окутанная тонкими пленчатыми

сращениями овариальная киста. Тупым путем сращения разъединены, киста выведена через разрез очень осторожно (во избежание травматизации матки). Ножка оказалась очень короткой, перевязана 3 лигатурами. По рассечении ножки над лигатурами киста удалена. Культи перитонизирована одним кистетным швом. Бережно осмотрены правые придатки, оказавшиеся нормальными. Брюшная стенка зашита послойно (непрерывный катгутовый шов на брюшину, такой же на апоневроз, серфины на кожу). Легкая повязка. Продолжительность наркоза 50 минут, продолжительность операции 35 минут. Расход эфира 20 см³, хлороформа 25 см³.

Препарат представляет однокамерную серозную кисту яичника величиною с кулак, с довольно толстыми стенками, на поверхности кисты остатки пленчатых сращений.

Операцию больная перенесла хорошо. Послеоперационный период без осложнений. Реакции со стороны матки не было. Больная выписалась здоровой 24 июня.

Интерес случая. 29-летняя, считающая себя беременной, женщина поступает в клинику с жалобами на боли внизу живота и в пояснице. При исследовании обнаружена 3-месячная беременность и левосторонняя придатковая опухоль величиною с кулак. Ставится диагноз кисты левого яичника. Диагноз предрешает терапию. Единственно рациональной признается овариотомия во время беременности, каковая операция и производится с полным успехом. На 15-й день после операции больная выписывается с сохранившейся беременностью.

Если вас интересует дальнейшая судьба беременности, то я могу дополнительно сообщить, что наша больная М. 2 декабря поступила в клинику в родах (№ журнала 2338) и разрешилась живым младенцем женского пола, весом в 3500 г. Роды были физиологические и продолжались 18 часов. 9 декабря М. выписалась здоровой с ребенком.

Случай 33-й.

О. К., 29 лет, поступила в заведомое мною в то время гинекологическое отделение лечебного заведения № 10, 8 октября 1918 года с жалобами на боли в животе и опухоль, появившуюся, по ее словам, за несколько недель до поступления.

Из анамнеза отмечу лишь, что больная на 13-м году получила первую менструацию. Крови установились сразу, стали приходить через 4 недели, продолжались дней 9—10, были всегда обильные, с болью до появления кровотоделения дня за 2.

В 1913 году, на 24-м году жизни, вышла замуж. Беременности не было вовсе. Женскими болезнями до настоящего заболевания не страдала, если не считать „белей“, которые, по ее словам, показываются у нее с 13-летнего возраста.

Начало настоящей болезни она относит к июню текущего года, когда появились боли внизу живота и в пояснице. Больную стала беспокоить припухлость низа живота и появление обильных выделений, при бактериологическом исследовании каковых гонорейных выделений не было. Температура была несколько повышенная: наивысшая отмеченная—37,8°. Больная пролежала дома около 2 недель. Пользующий врач определил „воспаление матки и маточных связок“. Спустя три недели больная стала замечать внизу живота подвижную, малоблезненную опухоль. Последние регулы 10 августа. В больницу она была направлена с диагнозом *sactosalpinx* для консервативного лечения.

При поступлении общее состояние больной вполне удовлетворительное. Пульс и температура — нормальны. Через брюшные покровы определяется опухоль, исходящая из таза, продолговато-округлой формы, расположенная несколько правее средней линии, плотной консистенции, немного болезненная наощупь, верхним своим полюсом доходящая на 2 пальца ниже пупка. При вагинальном исследовании обнаружено: выделения слизисты, незначительны. Некоторая застойная окраска слизистой влагалища. Влагалище

нерожавшее, узкое, без особенностей. Влагалищная часть расположена в заднем отделе таза, подвижность ее резко ограничена. Тело матки отдельно не контурируется. Шейка переходит в опухоль, занимающую левый отдел таза, опухоль мягкой, тестоватой консистенции, величиною в большое яблоко и очень малоподвижная. Вправо и вверх это тело переходит в опухоль, определяемую через наружные покровы. Связь между этими двумя опухолями широкая, консистенция разная в том смысле, что верхний отдел более плотный. Боковые движения верхнего отдела почти не передаются шейке матки.

Больная находилась в больнице под наблюдением в течение 3 недель, после чего выписалась. За все это время объективно существенных перемен не произошло. Анализ мочи дал нормальную картину.

12 ноября больная вновь поступила в отделение. Опухоль достигает уровня пупка. Регул не было.

Каков диагноз? Какова должна быть терапия?

1. Можно предположить беременность, осложненную кистой яичника. Лечение должно быть оперативное — овариотомия во время беременности.
2. Беременность при фибромиоме матки. Так как фиброма расположена высоко, повидимому в дне матки, терапия может быть выжидательной.
3. Повидимому это действительно фибромиома и беременность. В виду больших размеров опухоли показана миомотомия, по возможности консервативная.
4. Вероятно правилен диагноз, с которым больная была направлена в больницу: воспалительная опухоль придатков.

Настоящее заболевание началось при явлениях какого-то воспаления в тазу. Были боли в животе, повышенная температура, обильные выделения в тазу. Пользовавшиеся врачи ставили диагноз воспаления матки или придатков. Правда, указаний на гонорею нет. Гонококки не были найдены. Но разве это неопровержимое доказательство отсутствия гонореи? Если мы примем левый отдел опухоли за тело матки, правый же за воспалительную опухоль придатков, то нас поневоле смутит слишком тесная связь тела матки с опухолью, далее почти полное отсутствие воспалительных явлений при поступлении, нормальная температура при нарастании опухоли. Как тогда объяснить задержку регул, прекрасное состояние больной при наличии столь обширных изменений со стороны genitalia? В настоящее время мы бы конечно прибегли к реакции скорости оседания эритроцитов, могущей с большой долей вероятия подтвердить или отклонить подозрение на воспалительный процесс. В то время эта ценная реакция была неизвестна. Если предположить беременность при наличии той или иной осложняющей ее опухоли, то нам станет понятным аменорея, цианоз входа во влагалище, рост опухоли при нормальной температуре. Тогда мы можем предположить 3-месячную беременность, наступившую при существовании в тазу новообразования, напр., кисты яичника. В таком случае к матке, мягкой, тестоватой, прилегала бы справа более плотная овариальная киста. Против такого предположения говорит значительная плотность опухоли. Киста яичника всегда эластична; консистенция ее колеблется от мягкой, зыблящей до туго-напряженной, но всегда эластической. Здесь же опухоль тверда почти как дерево, эластичности нет никакой. Кроме того обычно кисты яичника обладают той или иной степенью подвижности по отношению к матке. Если ножка кисты длинная, то опухоль может быть легко смещаемая в разные стороны, подчас даже может быть поднята к подреберью. Короткая ножка таких обширных экскурсий конечно не допустит, но все же смещаемость кисты останется

В нашем случае никакой речи не может быть о существовании ножки. Опухоль слита с маткой воедино, сидит на матке широким основанием, как бы исходя из ее существа.

Подобным тесным прилеганием к матке отличается лишь межсвязочная (интралигаментарная) киста. В силу расположения своего в толще широкой связки она неподвижна и несмещаемая. Но может ли опухоль в нашем случае быть интралигаментарной? Нет, потому что расположение ее вовсе не межсвязочное. Область правого параметрия пуста и свободна. Опухоль лежит выше в большем тазу. На этих основаниях мы решительно можем отклонить диагноз кисты яичника.

Более правдоподобным является предположение фибромиомы при беременности. Многие говорят в пользу такого диагноза. Плотность опухоли, тесное прилегание к матке, как бы вырастание из ее существа, безболезненность опухоли, округлые очертания, характер менструаций до наступления беременности. Боли и повышение температуры в анамнезе могли бы быть отнесены к какому-нибудь воспалительному процессу, осложнившему фибромиому.

Мы склонны остановиться на этом диагнозе: фибромиома и беременность. Такое сочетание не представляет собою редкости. По А. Д. Дмитриеву (Москва, 1928) частота фибром при беременности 0,17%, по Л. И. Бубличенко тоже 0,17%.

Хотя фибромиомы чаще встречаются в более пожилom возрасте, однако и у молодых женщин они встречаются нередко. Правда носительницы фибромиом часто бесплодны (общий процент бесплодных браков 11, носительницы фибромиом бесплодны в 25% случаев). Существует взгляд, что долготелее бесплодие, намеренное или ненамеренное, ведет к развитию фибромиом. Как бы то ни было, каждому из мало-мальски занятых акушеров частенько приходится видеть фибромиому, как случайную находку при родах. Опыт показывает, что опасность от миомы для беременных не очень велика, и что большее число больных миомой продельвает благополучные роды в нормальный срок. Конечно много зависит от особенностей случая, и, ставя диагноз — фибромиома и беременность — следует тщательно обдумать образ действий.



Рис. 71. Беременная матка с множественными миомами.
(По Stöckel'ю.)

Но вернемся к диагнозу. Он не труден, если на беременной матке ясно прощупываются отдельные субсерозные узлы, он труднее, когда, как в нашем случае, присутствие большой опухоли нарушает всю топографию; он может быть невозможен, особенно в начале беременности в силу причудливости status'a (рис. 71). Трудность диагноза миомы при беременности подчеркнул *Pozzi* и настойчиво рекомендовал повторные исследования и выжидательный образ действий до появления верных признаков беременности. То же подтверждает и *Küstner*, считая, что в некоторых случаях только выжидание и продолжительное наблюдение решают диагноз.

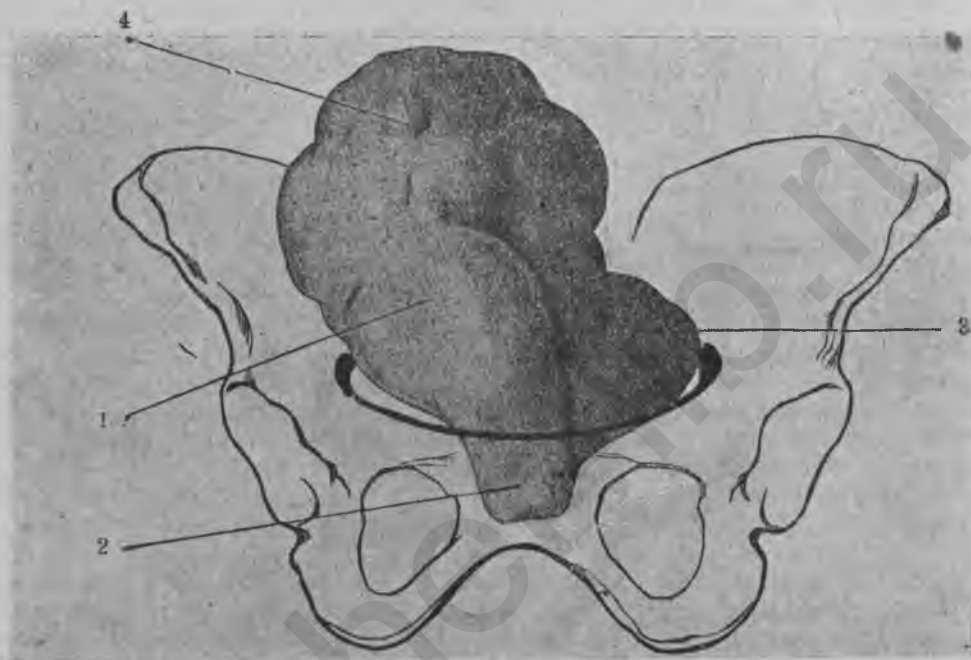


Рис. 72. Беременность в миоматозной матке, 3-й месяц (По Бумму.) 1—Местоположение яйца. 2—Шейка. 3—Миоматозный узел в нижнем сегменте. 4—Миоматозные узлы в дне.

Как поступить в нашем случае? С вашей стороны есть два предложения: одно, рекомендуемое консервативное ведение больной, другое, настаивающее на оперативном вмешательстве.

Посмотрим, чем же грозит больной сочетание беременности с фибромиомой? Обычно течение беременности не нарушается. Правда, опухоль может значительно увеличиться в объеме, отчасти принимая участие в гипертрофии матки, отчасти вследствие активного роста, отека, размягчения, образования кистовидных полостей. Наблюдались ущемления опухоли в тазу, перекручивание ножек субсерозных фибром, сильные боли вследствие напряжения капсулы междуточных опухолей, ротация всей матки вокруг своей продольной оси. Наконец наблюдались явления некроза интрамуральных и субсерозных фибром и без перекручивания ножки. Все же, как указано выше, в большей части случаев беременность протекает нормально.

Как же быть?

Если мы обратимся к литературе вопроса, то увидим, что многие авторы, особенно старые, отстаивают консервативное отношение и допускают оперативное вмешательство лишь при наступлении угрожающих

жизни больной явлений или же при расположении миомы глубоко в тазу, другие авторы ставят показания к операции широко и требуют в каждом случае удаления опухоли. Конечно, — истина посредине. Нужна строжайшая индивидуализация каждого отдельного случая, нужно тщательно обдумать, как может отразиться присутствие миомы на течении беременности и родов, и в зависимости от этого и поступить. Мелкие миомы, сидящие в дне матки или на теле ее, вряд ли нарушат течение беременности. По мере роста матки они будут вместе с дном подниматься выше; прощупываемые вначале в виде резко выступающих бугров, они с течением времени будут

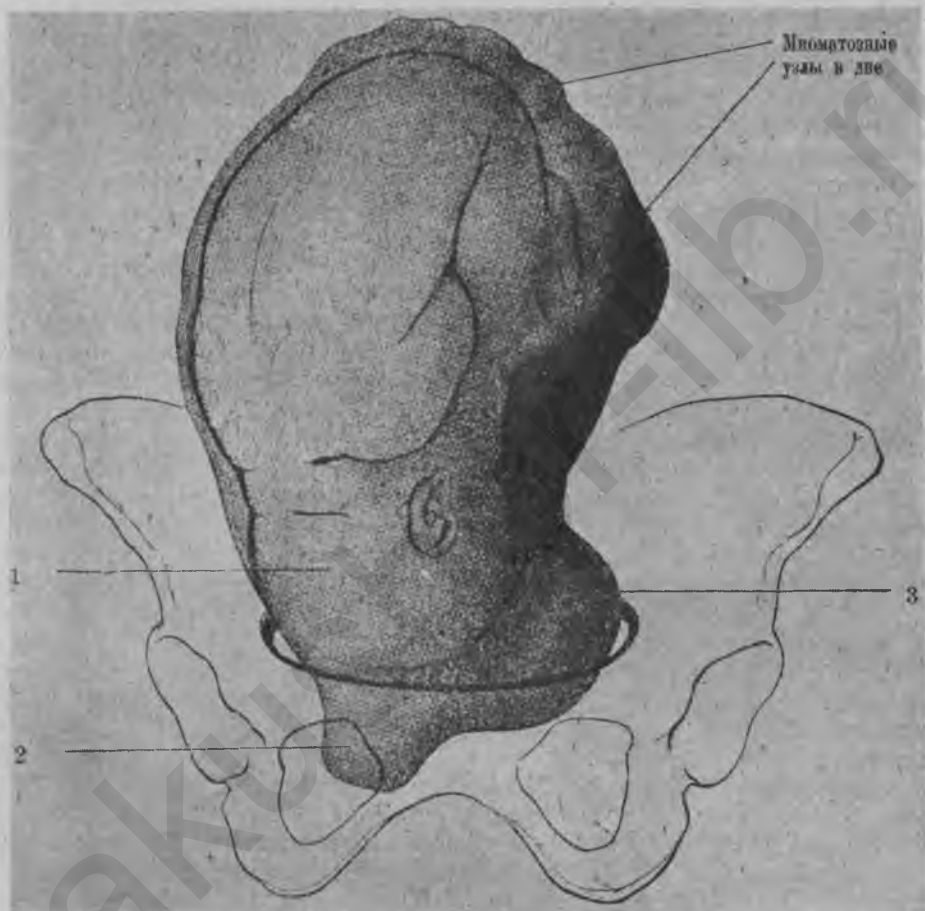


Рис. 73. Та же матка, что на рис. 72, в конце беременности. (По Бумму.) 1—Головка. 2—Шейка. 3—Миоматозный узел в нижнем сегменте, загромождающий тазовый вход.

размягчаться благодаря наступающему разрыхлению и серозному пропитыванию; сидящие тесно вместе узлы могут раздвинуться, менять свое взаимное расположение, вследствие роста промежуточной здоровой маточной ткани (рис. 72 и 73). В дальнейшем узлы могут менее выступать, казаться уплощенными, или же наоборот они будут проявлять склонность к быстрому росту, что объясняется усиленным притоком крови, свойственным беременности. Быстро растущая миома может механически мешать развитию беременности или производить давление на соседние органы. Не исключена возможность наступления выкидыша или преждевременных

родов. Беременность может прерваться на любом месяце ее; пронизанная узлами стенка матки может оказаться плохой почвой для плодного яйца. При ничтожной травме может наступить отслойка плодного яйца. Плод может погибнуть в силу недостаточного питания в зависимости от неудовлетворительности плацентации. Матка, отягченная фибромой, может при соответствующей локализации опухоли ущемиться в тазу. Все перечисленные возможности следует иметь в виду в деле предсказания. Узлы, занимающие более низкие отделы матки, иногда еще в периоде раскрытия вместе с нижним сегментом поднимаются вверх и отходят от тазового входа, устраняя таким образом препятствие для изгнания плода.

Совсем иное предсказание дают миомы, сидящие глубоко в тазу, исходящие из надвлагалищной или влагалищной части шейки, располагающиеся подсывороточно в клетчатке таза (интралигаментарные) или же занимающие дугласово пространство (рис. 74). Такие миомы не отойдут ни во время беременности ни в родах вверх, они закладывают родовой канал, они представляют в родах неодолимое механическое препятствие к изгнанию плода. Ясно, что они абсолютно показывают оперативное удаление их, без чего роды *per vias naturales* невозможны, и мать должна погибнуть в родах от разрыва матки или сепсиса.

Я имел счастье ассистировать покойному *В. Г. Бекману* на операции Рого, предпринятой по поводу большой зашеечной фибромиомы, заполнявшей весь малый таз. После долгих лет бесплодия пациентка, жена врача, забеременела, при первых же схватках *В. Г.* сделал брюшностеночное кесарское сечение, после чего тут же удалил матку вместе с занимавшей таз ретроцервикальной фибромиомой.

Это был единственно правильный образ действий. Всякие попытки при поднятия опухоли из малого таза в большой, всякие разрешающие операции через естественные родовые пути мимо опухоли в таких случаях противопоказаны.

В родах мы можем встретить целый ряд осложнений. Плод рождается при осложнении миомой лишь в 54% случаев в головном положении (вместо 96%), в 24% предлежит тазовой конеч. Поперечные положения, дающие в норме менее 1%, при миоме встречаются в 19%. Часто роды осложняются предлежанием детского места; опасность особенно велика при развитии детского места на миоме. В последовом периоде можно ожидать кровотечения в зависимости от обилия крупных сосудов и гипотонии матки, а также задержки последа или частей его. Но если даже роды завершились благополучно, можно ли быть спокойным за послеродовой период? Миома, расположенная вблизи родового канала, может легко инфицироваться — в результате ихорозное ее разложение и сепсис.

Учитывая возможность наступления перечисленных осложнений, мы должны тщательно обсудить все особенности случая, решаясь на ту или иную терапию.

В нашем случае мы вначале решили ждать, оставив больную под наблюдением. За месяц по мере развития беременности опухоль не только поднялась, перейдя уровень пупка, но и значительно увеличилась, достигнув величины небольшой дыни. Увеличилось чувство тяжести в животе, усилились боли. Стало ясным, что в результате дальнейшего выжидания получится механическое препятствие растущей матке, что поведет к выкидышу или преждевременным родам. Мы решились на операцию.

Но как оперировать: консервативно или радикально?

1. Если уже решено оперировать, то следует оперировать радикально. Вылущение такой большой миомы сопряжено с огромной травмой матки, она будет реагировать сокращениями, что поведет

к выкидышу. А выкидыш при наличии глубокой травмы маточной стенки чреват опасностями.

2. Миому надо энуклеировать по возможности без вскрытия полости матки. Вероятно беременность сохранится.

В настоящее время всеми признано, что наилучшею формою операции при фибромиомах является консервативная миомэктомия, т. е. энуклеа-

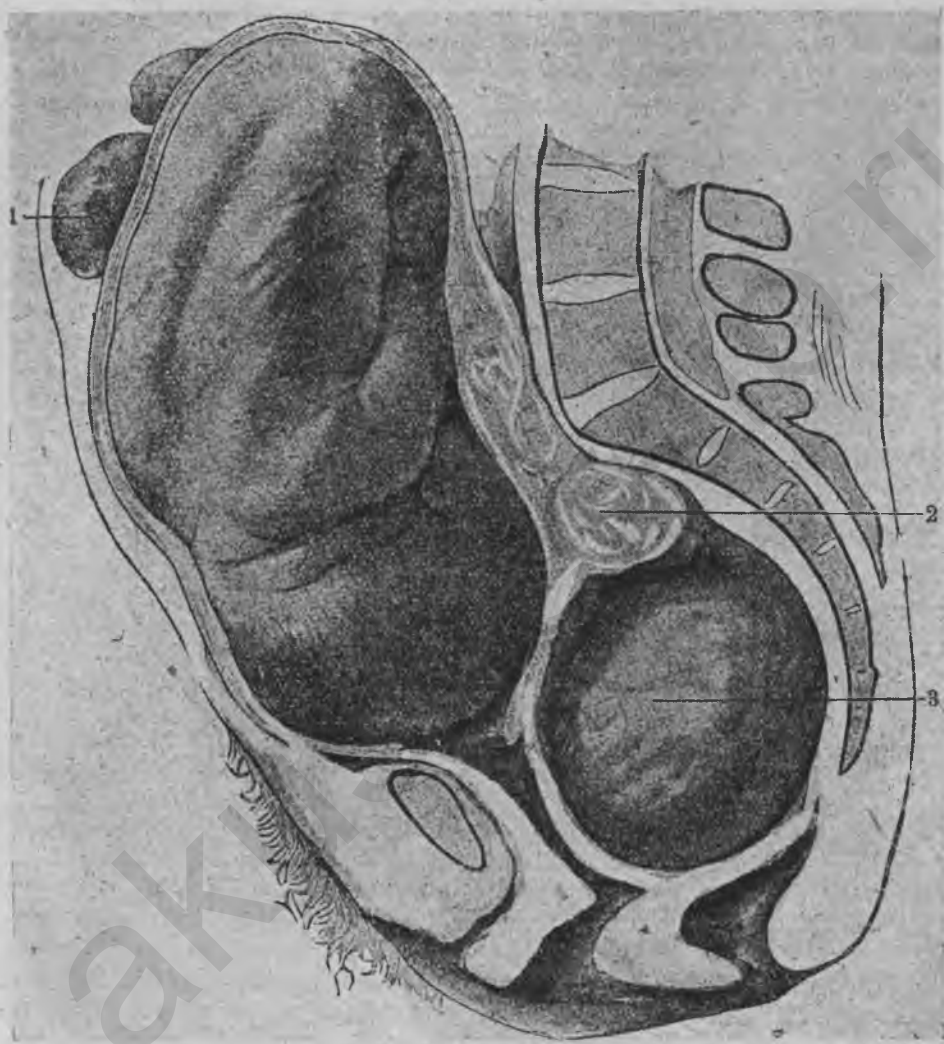


Рис. 74. Беременность и фибромиома. 1—Узлы в дне. 2—Узлы в маточной стенке. 3—Миома, занимающая дуглас.

ция миом с сохранением матки. Правда, далеко не всегда удастся осуществить на деле такой консерватизм. Консервативная миомэктомия может оказаться технически невыполнимой. Или матка окажется сплошь пропитанной узлами миомы, или при вылущении вскрыется широко полость матки с отхождением околоплодных вод, или получится сильное кровотечение, которое удастся остановить только путем радикальной операции.

Надвлагалищная ампутация или полная экстирпация матки будут *ultimum refugium* в деле оперативного лечения миомы при беременности.

В нашем случае миома повидимому солитарна, прощупывается лишь одна опухоль. Она повидимому субсерозная, хотя может быть и интерстициальной. Подойти к ней путем чревосечения легко, вылущить ее будет повидимому не трудно, удастся ли ее вылущить без вскрытия полости матки неизвестно, но, принимая во внимание ее поверхностное расположение, можно на это надеяться. Конечно если бы было очевидно, что вылущение миомы поведет к уродованию органа без надежды на сохранение беременности, было бы правильнее отложить операцию до 9-го месяца беременности в интересах плода. Но если даже удастся оперировать кон-

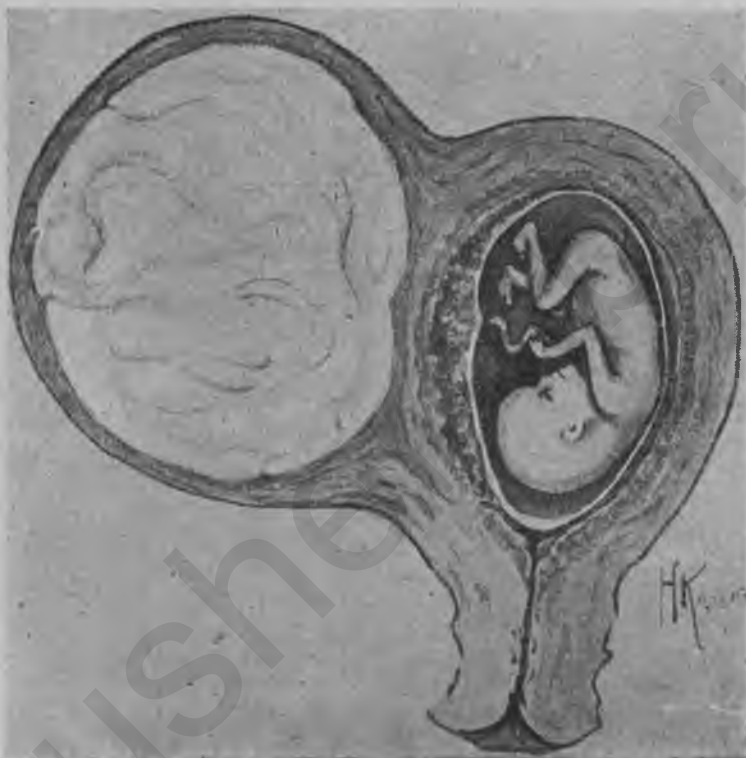


Рис. 75. Интерстициальная фибромиома при трехмесячной беременности.

сервативно, не наступит ли после операции выкидыш? На 102 случая консервативной миомэктомии, собранных *Thumim*'ом, беременность прервалась 21 раз. На 24 случая, оперированных русскими авторами, выкидыш наступил 2 раза, процент сравнительно небольшой. Больная проф. *Окинчица* после вылущения 8 узлов доносила. Мы решились на консервативную миомэктомию.

16 ноября под смешанным эфирно-хлороформным наркозом — чревосечение в положении по *Trendelenburg*'у. Разрез по средней линии от пупка до лобка. По вскрытии брюшной полости вылилось небольшое количество трансудата. Представилась опухоль, плотно-эластическая, продолговато-округлой формы, с гладкой поверхностью, без сращений, величиною несколько больше головки новорожденного. Опухоль выкачена через разрез; она оказалась миомой, исходящей широким основанием из задне-верхней поверхности матки (рис. 75). Последняя, беременная около 3 месяцев мягко-эластической

консистенции. Приступлено к миомэтомии. С этой целью соответственно основанию опухоли проведен круговой разрез через брюшинный покров и поверхностные слои мускулатуры. Опухоль тупым путем отделена от своего ложа и вылущена. Несколько кровотокающих вен захвачены пезанями. Весь центр раневой поверхности выпячивался грыжевидно и представлял собою тонкий слой мускулатуры, за которым чувствовалось флюктуирующее плодное яйцо. Кровотечение небольшое, из чего можно было заключить, что в пределах энуклеации плаценты нет.

Я приступил к наложению швов; всего я наложил на матку 20 узловых швов. Швы захватывали брюшинный покров и поверхностную мускулатуру; выпячивающийся же центр не захватывался, а заправлялся путем бережного давления на него. Защитная рана шла от дна матки (близ отхождения правых придатков) назад, вниз и влево, пересекая заднюю поверхность матки по диагонали. Осмотрены придатки—без изменений. Матка опущена в таз, над ней расправлен сальник. Брюшные стенки защиты обычным образом, послойно.

Препарат представляет типическую фибромиому, верхний полюс которой покрыт брюшиной. На разрезе видно, что большой солитарный узел окружен слоем гладкой мышечной ткани (интерстициальная фибромиома). Вес опухоли—1 100 г. Окружность по длиннику—35 см; по поперечнику—32 см.

Послеоперационный период протекал вначале гладко. 24 ноября сняты швы: первичное натяжение.

17 декабря больная впервые ощутила движение плода.

В конце декабря—явления острого пиелита. Анализ мочи: удельный вес—1018. Белка 0,12%. Осадок рыхлый, состоящий из плоского эпителия, единичных крупных клеток, большого количества многоядерных лейкоцитов и единичных зернистых цилиндров. По затихании пиелита больная выписалась в хорошем состоянии. При выписке дно матки на уровне пупка. Рубец сильно пигментирован. Выделения слизисты. Резкий дианоз входа. Шейка короткая, мягкая, близ мыса. Предлежит головка. Размеры таза: 25—27¹/₂—30—21.

Больная находилась до родов под моим наблюдением. Беременность протекала нормально. 15 мая она поступила в родильный дом, где и разрешилась в моем присутствии младенцем мужского пола, весом в 2 800 г.

Родовая деятельность была весьма бурная; последовый период прошел без особенностей; продолжительность родов около 7 часов.

Поступил ли я правильно, решившись на консервативную миомэтомю во время беременности? Несомненно, да.

Вылущение почти 1200 г интерстициальной миомы не нарушило течения беременности. Роды наступили в срок и были вполне нормальны.

В каждом отдельном случае следует строго индивидуализировать, имея в виду интересы как матери, так и плода. Мелкие субсерозные миомы, не дающие ни болей, ни кровотечения, не требуют вмешательства. Субмукозные миомы, если вообще допустят зачатие, обычно ведут к прерыванию беременности, к самопроизвольному выкидышу.

Быстрый рост, кровотечения, перекручивание ножки субсерозных миом, поворот матки вокруг оси, сдавление соседних органов (пузыря, мочеточников, кишек), явления ущемления, отеки, сильные боли, зависящие от напряжения капсулы или же от раздражения брюшинного покрова, локализация опухоли, могущая препятствовать родоразрешению, злокачественное, а также миксоматозное перерождение, некроз опухоли, явления перитонита—требуют скорейшего оперативного вмешательства.

Но и без таких грозных явлений мы в большом ряде случаев решимся на операцию, имея в виду ничтожный процент смертности. Из 24 больных, оперированных русскими авторами, умерла одна, и то от роковой причины—в брюшной полости случайно был оставлен тампон.

Операция должна соблюдать интересы как матери, так и плода.

Стремление опорожнить беременную матку при миоме должно быть раз навсегда забыто. Искусственный аборт, искусственные преждевременные роды должны быть признаны абсолютно нерациональными. При миомах шейки, ретроцервикальных, интралигаментарных, вколоченных в дуглас, мы будем ждать срока родов и будем делать классическое сечение с удалением опухоли или же и всей матки. При прочих же больших миомах мы будем стремиться к консервативной миомэктомии, прибегая к ампутации или полной экстирпации в случае необходимости по техническим соображениям. Прав *Н. М. Порошин*, когда он говорит, что „консервативную миомэктомию следует предпринимать не только при наличии угрожающих симптомов, но и при возможности наступления последних, если есть вероятность сохранить беременную матку“. Заключу словами *В. С. Груздева*: „Идеалом оперативного вмешательства при фибромиомах у беременных является такое, при котором бы, во-первых, опухоль была удалена, половой же аппарат пациентки сохранился бы в целости, во-вторых, при котором бы остались в живых не только мать, но и ребенок“.

Интерес случая. 29-летняя нерожавшая женщина поступает в больницу по поводу опухоли в животе. Ставится диагноз: фибромиома и беременность. Быстрый рост опухоли вынуждает приступить к операции. Методом выбора считается консервативная миомэктомия. При операции обнаруживается солитарная интерстициальная фибромиома, которая и вылущается. Вес опухоли 1100 г. Беременность не нарушается. Роды наступают в срок и проходят благополучно.

Случай 34-й.

И. Т., 40 лет (№ приемного журнала 10804), поступила в клинику 9 июля 1926 года. Из опроса мы узнаем, что она, считая себя беременной около 2 месяцев, обратилась в комиссию за разрешением на аборт. Комиссией она была направлена в один из родильных приютов, где врач обнаружил на шейке матки подозрительную на рак язву, вследствие чего и направил больную в клинику.

Регулы больная носит с 13 лет, через 4 недели, по 7 дней.

Настоящая беременность 9-я, родов было 5. Все роды и послеродовые периоды без осложнений. Абортов было 3, последний в 1925 г. Женскими болезнями до 1925 г. не болела. После последнего аборта лечилась амбулаторно от „язвы на матке“.

Последние регулы были в конце апреля. Болей не испытывает, жалуется лишь на запоры и бели. Мочиспускание нормально.

Больная среднего роста, ослабленного питания. Шатенка. Отмечается бледность кожи и слизистых оболочек. Температура 37,5.

Пульс 88, удовлетворительного наполнения, ритмичен. Границы сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца чисты. В верхних долях легких жесткое дыхание, более выраженное в подключичных областях. Хрипы нигде не выслушиваются.

Живот впалый, мягкий. Брюшные стенки дряблы, кожа покрыта обилием старых рубцов беременности. Имеется незначительное расхождение прямых мышц живота. Над лоном прощупывается дно беременной матки. Паховые железы не увеличены.

Наружные половые органы развиты правильно. Половая щель зияет. Передняя стенка влагалища опущена. Выделения слизисты. Синюшность входа. Влагалище широкое, стенки гладкие. Влагалищная часть неправильной формы. Передняя губа ее гипертрофирована, мягкая, с обширной эрозией. Задняя губа значительно плотнее, изъязвлена; поверхность язвы изъедена, неровная, бугристая; язва, разрушившая заднюю губу шейки, несколько переходит на слизистую заднего свода. Наружный зев неправильно поперечной формы. Тело матки в антефлексии, увеличено соответственно 2¹/₂ месяцам

беременности, мягкое. Придатки не определяются, параметрии свободны. Вся матка in toto подвижна. К концу исследования появилось небольшое кровотечение.

Моча мутновата, уд. вес 1015, реакция кислая, белка—ничтожные следы. В осадке небольшое количество эритроцитов и плоских эпителиев. Лейкоцитов 10—20 в поле зрения.

Реакция Davis'a положительная. Реакция скорости оседания эритроцитов—2 часа.

Каков диагноз?

1. Беременность вне сомнения. Язва на шейке—повидимому карциноматозная.
2. Хотя вероятность рака и велика, все же возможно, что язва туберкулезная или сифилитическая.

Итак наряду с беременностью имеется язвенный процесс на шейке матки. Тут не может быть и речи только о простой эрозии. Слишком ярка разница между эрозией на передней губе и настоящей язвой на задней. При язвенных процессах влагалищной части мы прежде всего думаем о карциноме. И в огромном большинстве случаев не ошибаемся. Но все же не следует забывать и других изъязвлений, возможных на шейке, и вы, допуская эту возможность, желаете дифференцировать.

Случаи туберкулезных язв шейки известны. Вообще говоря, туберкулез поражает половой аппарат женщины довольно часто и почти всегда вторично, причем первичный очаг надо искать в легких, костной системе, в брюшине, в почках. Встречаясь в любом возрасте женщины, он чаще всего наблюдается у женщин от 20 до 30 лет, поражая весь внутренний половой аппарат или же ограничиваясь трубами или маткой, тазовой брюшиной или наружными частями. В большинстве случаев туберкулез полового аппарата сопровождается бесплодием, в силу поражения труб, но известны случаи беременности при туберкулезе половых органов, причем или беременность наступила при уже существующем, начальном поражении напр. матки, или же туберкулез развился в половой сфере уже в течении беременности. Не всегда наступает выкидыш, иногда беременность достигает своего нормального конца. Шейка матки поражается бугорчаткой чрезвычайно редко, причем или наблюдаются папиллярные разрастания, или же милиарные бугорки, развившиеся под эпителием влагалищной части, распадаясь образуют язву, которую легко принять за язву сифилитическую или раковую. Наконец описаны случаи туберкулезной инфильтрации шейки с склонностью к казеозному распаду.

Есть ли у нас основания считать язву шейки у нашей больной бугорчаткой?

Пациентка никогда туберкулезом не хворала, со стороны легких нет указаний на туберкулез. Возраст скорее говорит против бугорчатки. Язва не бледнокрасная, какой она бывает при туберкулезе, а яркокрасная, никакого творожистого распада нет. Язва легко кровоточит, что говорит за карциному, а не за бугорчатку. Конечно, если мы не придем к определенному диагнозу, то сделаем пробную эксцизию, и микроскоп разрешит наши сомнения. Но желательно избежать эксцизии, так как она далеко не безразличное вмешательство, особенно при беременности (инфекция, диссеминация).

Но может быть язва сифилитическая?

Первичный склероз на влагалищной части—не редкость. В 8—10% случаев твердый шанкр сидит на шейке матки. Большею частью шанкр занимает переднюю губу шейки. Он или стоит в связи с зевом, что можно объяснить инфекцией эрозии, или же расположен на некотором расстоянии от зева. Первичная язва представляет эрозированный склероз, который

может покрыться дифтеритическим налетом, может изъязвиться гангренозно и распасться.

При внутреннем исследовании влагалищная часть оказывается значительно увеличенной, что объясняется специфическим отеком. Самый склероз имеет хрящевую консистенцию, почти никогда не кровоточит, при осмотре его с помощью зеркала виден строго очерченный, округлый, блестящий дефект. Края не подрыты.

Вряд ли можно у нашей больной заподозрить люэс. Анамнез с определенностью указывает, что больная давно лечится от „язвы на шейке“. Сама язва очень легко кровоточит, распадается, дно ее бугристо, края изъедены. Отсутствие увеличения паховых желез не исключает сифилиса, так как при первичном склерозе на шейке они обычно не увеличиваются. Распадающуюся гумму мы также можем исключить, потому что в анамнезе нет указаний на сифилис, да и вид язвы другой (гуммозная язва глубока, покрыта налетом, края ее острые, подрытые).

Мы приходим к выводу, что язва может быть только карциномой. Возраст больной, ослабленное питание, вид язвы, ее плотная консистенция, кровоточивость—все говорит за рак. Диагноз несомненен. Гистологическое исследование в данном случае излишне, тем более, что, как уже указано, пробная эксцизия при наличии беременности — далеко не безопасное вмешательство.

Реакция Davis'a положительна.

Хотя эта реакция далеко не специфична, все же установлено, что в большинстве случаев карциномы она положительна (по *Ермишкину* в 94%).

Итак перед нами карцинома шейки при беременности 2¹/₂ месяцев.

Рак матки встречается в клиниках 1 раз на 1600—2000 беременностей. Проф. *Горизонтов* имел на 2827 беременных 3 случая рака шейки матки (0,1%). В 1-й Венской клинике на 82 825 родов было 25 случаев рака матки (0,03%). Средний возраст больных был 36,3 лет. В анамнезе этих больных было в среднем 6,5 беременностей (*Katz*, 1927). В 30—40% случаев наступает выкидыш вследствие распространения инфекции из распдающегося новообразования на плодное яйцо и эндометрий (по *Katz*'у аборт наступает в 8%).

Далее установлено, что, вследствие гиперемии тканей, свойственной беременности, и разрыхления их раковый процесс быстрее распространяется на окружающие ткани. Некоторые авторы (*Theilhaber*, *Meyer*), наоборот, полагают, что свойственная беременности гиперемия сдерживает рост новообразования. В послеродовом периоде раковая опухоль быстро растет.

Клиническая картина рака шейки матки у беременной мало чем отличается от таковой у небеременной женщины. К сожалению часто женщины относят выделения и кровотечения на счет самой беременности и, в силу этого заблуждения, позднее обращаются к врачу-специалисту.

Если выкидыш не наступает и беременность донашивается до нормального конца, то течение родов зависит от степени распространенности раковой инфильтрации.

Представьте себе период раскрытия при наличии на шейке ракового новообразования. Хорошо, если лишь небольшая часть шейки инфильтрирована карциномой, если есть достаточно шейечной ткани, могущей в силу своей эластичности растянуться и дать открытие зева. Это мыслимо лишь при самых начальных формах рака шейки. Совсем другая картина получается в случаях далеко зашедшего рака, а таким будет большинство случаев, в силу быстрого роста новообразования во время беременности.

Твердая, инфильтрированная, неподатливая шейка не будет открываться, она будет оказывать препятствие силам, ведущим к сглаживанию

шейки и раскрытию зева. При таких условиях воды могут отойти преждевременно, температура роженицы повышается вследствие восходящей инфекции из раковой язвы, родовая деятельность прекращается, плод погибает. Мертвый плод может остаться продолжительное время в матке—получается клиническая картина несостоявшихся родов (missed labour). В других случаях родовые схватки не ослабевают; бурная родовая деятельность ведет к разрыву или нижнего сегмента (разрыв матки), или шейки со всеми последствиями: обширные повреждения, неуправляемое кровотечение, воздушная эмболия.

Но даже в случаях благополучного окончания родового акта опасность для жизни матери велика. Трудно себе представить раковое новообразование шейки, не заселенное патогенными микробами. В послеродовом периоде им открываются широкие ворота и, наводняя организм больной, они ведут к тяжкому септическому заражению. Немудрено поэтому, что первичная смертность матерей высока: старые авторы определяли ее в 57%.

Таково влияние рака матки на беременность и роды.

Учитывая все это, какую же терапию вы предложите в нашем случае?

1. Если случай может еще считаться оперативным, то показана радикальная брюшностеночная операция.
2. Лучше матку удалить через влагалище.
3. Операбильность случая сомнительна; надо дождаться конца беременности и разрешить больную путем кесарского сечения.

Основным вопросом терапии рака матки при беременности является вопрос об операбильности. Если раковый процесс зашел далеко, если он инфильтрировал уже тазовую клетчатку, и тщательное исследование выявило невозможность радикальной операции, мы вынуждены будем признать операцию бесцельной. Мать обречена на верную гибель; остается спасти плод. В его интересах мы будем ждать конца беременности, мы отвергнем всякую мысль об искусственных преждевременных родах; в начале родов или незадолго до наступления мы произведем брюшностеночное кесарское сечение. Без всякой подготовки влагалища или раковой язвы (опасность кровотечения!) мы приступим к операции, извлечем живого младенца. С маткой можно поступить двояко: или зашить и оставить ее на месте или же, что я считал бы более целесообразным, ампутировать после перевязки маточных или подчревных артерий. Культия матки погружается после перитонизации или же выводится экстраперитонеально в нижний угол брюшной раны. Иссечение матки рационально, с одной стороны, потому, что благодаря ему удаляется огромная раневая поверхность, могущая служить воротами для инфекции; с другой — потому, что она дает возможность перевязать большие сосуды, каковая перевязка должна задержать на время быстрый рост опухоли.

Но неужели наш случай неоперабельный? Язвой поражена задняя губа шейки; разрушив последнюю, язва несколько перешла на слизистую заднего свода. Но околоматочная клетчатка повидимому не поражена, она клинически свободна от инфильтрата. Крестцово-маточные связки не изменены. Подвижность матки полная. Мы имеем все основания считать случай незапущенным: он операбелен.

Раз так, мы не можем и не должны ждать, мы не можем жертвовать матерью в интересах будущего младенца. Мы должны оперировать немедленно, оперировать радикально, не считаясь вовсе с плодом.

При операбельном раке шейки матки радикальная операция показана во всякое время беременности и даже во время родов. Если плод жизне-

способен, то конечно он извлекается после рассечения матки, а затем уже удаляется по возможности весь внутренний половой аппарат женщины. Если операция производится при заведомо нежизнеспособном плоде, то она по существу ничем не должна отличаться от радикальной операции на небеременной женщине. Подобное вмешательство дает, по *Бекману*, лишь 6—7% смертей, по *Katz'у*—8,3%. Виды на длительное выздоровление хороши (20—25%, у *Katz'a*— даже 31,5%). Жизнеспособные плоды почти без исключения могут быть спасены.

Нам надлежит немедленно произвести радикальную операцию. Спрашивается, как оперировать: вагинально или путем чревосечения?



Рис. 76. Беременность и рак шейки матки (собственный препарат).

низведена ко входу во влагалище. При малейшем затруднении *hysterotomia anterior* дала бы необходимое уменьшение матки. И все-таки я склонен отклонить влагалищный путь и избрать путь через живот.

Несмотря на то, что влагалищный метод менее опасен, представляя собою меньшую травму, я предпочитаю брюшностеночное чревосечение по следующим причинам: во-первых, брюшностеночная операция более асептична, потому что оператор не касается новообразования, манипулируя почти все время в области абсолютно чистой, сама язва не травмируется, а в момент удаления матки может быть, при желании, разобщена от окружающей среды путем наложения на влагалище зажимов; во-вторых, брюшностеночная операция более радикальна, так как она позволяет удалить не только матку и придатки, но и параметральную клетчатку, осмотреть и, если нужно, удалить лимфатические узлы, лежащие на стенках таза, в области больших сосудов (*lymphoglandulae hypogastricae et iliacaе*).

Самым рациональным методом операции при раке шейки матки поэтому является расширенная брюшностеночная операция по *Wertheim'у*.

Операция эта сложна и технически нелегка, но будет ли она труднее при беременности, чем без нее? Конечно нет, наоборот: разрыхленность

В ранние сроки беременности влагалищная экстирпация матки не представляет трудностей. Даже без предварительного опорожнения и уменьшения матки можно экстирпировать беременную на 2—3 месяце матку. В более поздние сроки беременности можно прибегнуть к „влагалищному кесарскому сечению“, т. е. после отслойки пузыря рассечь переднюю стенку матки, извлечь плод и послед, и затем уже уменьшившуюся в объеме матку—экстирпировать. В нашем случае было бы нетрудно удалить матку через влагалище: беременность 2¹/₂-месячная, матка подвижна и легко может быть

тканей облегчит операцию. Правда, свойственное беременности мощное развитие сосудов требует особенно тщательного гемостаза.

Итак мы решили предложить нашей больной радикальную операцию, на что больная дала согласие.

14 июля чревосечение под общим наркозом (CHCl_3): разрез по средней линии, начиная на палец выше пупка до лобка. По вскрытии брюшной полости выведена беременная матка, по величине соответствующая $2\frac{1}{2}$ месяцам беременности. С обеих сторон перевязаны и рассечены круглые связки и *lig. infundibulo-pelvica*, возможно дистально. Поперечно рассечена брюшина пузырчаточного пространства. Пузырь легко отсепарован книзу. В зияющих параметриях найдены идущие косо в глубину клетчатки мочеточники, которые на протяжении от боковой стенки таза до впадения их в пузырь высвобождены из окружающей их клетчатки. Перекрещивающие их маточные артерии с венами перевязаны изолированно, возможно латеральнее. Отдельные пучки клетчатки рассечены, с оставлением их на препарате. Кровотечение паренхиматозное, легко остановлено прижатием. Брюшинный покров, выстилающий заднюю поверхность матки, рассечен поперечно на уровне надвлагалищной части шейки. Нижний край его тупо отсепарован книзу. Матка осталась висеть на руке. На верхнюю треть влагалища с обеих сторон наложены зажимы, ниже которых влагалищные стенки циркулярно рассечены отдельными ударами ножниц. Препарат удален. Зияющее влагалище, захваченное пулевыми щипцами, закрыто узловыми катгутowymi швами; осмотрены параметрии: кровотечения нет, мочеточники видны на большом протяжении. В области больших сосудов по боковым стенкам таза увеличенных желез не обнаружено. Параметрии смочены раствором *Rivanol*'я. Непрерывным катгутowym швом произведена тщательная перитонизация малого таза. Осмотрен аппендикс—оказался неизмененным. В брюшную полость влито 50 см^3 раствора риваноля (1 : 1 000). Послойно зашита брюшная стенка. Повязка.

Продолжительность операции 1 час 20 мин. Препарат представляет беременную $2\frac{1}{2}$ месяца матку, весьма сочную и мягкую, с трубами и яичниками. В левом яичнике желтое тело. По бокам матки значительные пучки клетчатки.

Влагалищная часть значительно увеличена, задняя губа шейки разрушена плоской, бугристой, изрытой язвой, несколько переходящей на слизистую влагалищного свода сзади. Влагалищная часть по всей периферии окружена каймой влагалищной стенки шириною около 2 см (рис. 76 и 77).

Больная после операции перенесена в палату. Назначения: тяжесть на живот, под кожу камфорное масло (3 раза в день по 2 см^3 20% раствора камфоры в масле), следить за мочеиспусканием (при задержке—катетеризация 2 раза в день).

Первые сутки общее состояние было удовлетворительное; сильные боли заставили на ночь впрыснуть морфий. На утро—пульс 106. Живот не вздут, мягок. Мочеиспускание свободное. Температура $37,4$. В дальнейшем послеоперационное течение было гладкое. Температура дала 2 раза повышение до $37,9$. Газы отошли на 3-й день. Стул с клизмы на 5-й день. 20 июля сняты швы—рана зажила первичным натяжением.

31 июля больная встала. С 1 августа назначены влагалищные спринцевания. 6 августа больная выписалась. Ей предложено 2 раза в месяц являться в амбулаторию.

Интерес случая. Беременная $2\frac{1}{2}$ месяца направлена в клинику по поводу язвы шейки матки, подозрительной по раку. Поставлен диагноз



Рис. 77. Тот же препарат в сагиттальном разрезе.

канкроида влагалищной части. Так как случай признан вполне операбельным, решено произвести немедленно радикальную брюшностеночную операцию. Методом выбора признана расширенная операция удаления матки с придатками по способу Wertheim'a. Операцию больная перенесла хорошо и выписалась здоровой на 23-й день после операции.

Случай 35-й.

М. Б., 27 лет, пришла 25 марта 1926 года на амбулаторный прием в сопровождении мужа с жалобами на сильнейшие боли в крестце, в тазу, на затруднение мочеиспускания и запоры.

Из анамнеза мы узнаем, что она родила всего один раз 10 лет назад. До родов ничем не хворала. Роды были нормальные, родила она мальчика 3600 г весом, после родов встала на 3-й день и вскоре начала заниматься физическим трудом. Спустя год после родов больная начала ощущать боли в крестце, усиливавшиеся после работы, к концу дня. Обращалась за помощью к врачам, которые находили загиб матки. Систематически не лечилась.

Регулы приходят каждые 4 недели, идут по 6 дней, с ноющими болями в крестце; за последние годы месячные стали обильнее. Появились бесцветные бели, особенно после менструации. Противозачаточных мер не применяла. Последние регулы были 16 декабря 1925 года. В январе пациентка начала замечать тошноту, перемену аппетита и сочла себя беременной. Вначале беременность протекала без особенностей; беспокоили пациентку лишь обычные для нее боли в крестце. В начале марта больная временами стала замечать затруднение мочеиспускания. Иногда помочиться удается лишь после значительного усилия. Одновременно с этим появи-

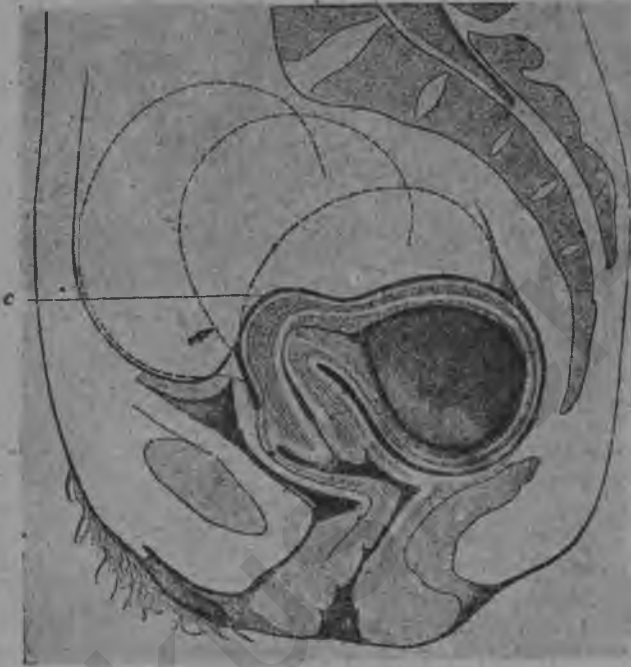


Рис. 78. Retroflexio uteri gravidi. с--верхняя часть шейки, которая при исследовании может быть принята за тело матки.

лись запоры, вынуждавшие больную применять клизмы. Задержки мочеиспускания стали беспокоить больную все сильнее и сильнее. Параллельно с этим усилились боли в пояснице, стало трудно ходить, особенно разгибаться. За последние дни боли стали трудно выносимыми, клизмы не действуют, мочиться почти не может. Больная решила приехать из-за города, где она живет, в Ленинград. 25 марта она привезена мужем в амбулаторию.

Мы увидели перед собою средних лет женщину, умеренного питания, несколько бледную, держащуюся в согнутом положении, передвигающуюся с некоторым трудом. Температура нормальная. Пульс 96.

Уложив больную на стол для исследования, мы увидели увеличенный, выпяченный живот. Брюшные стенки покрыты старыми рубцами беременности, мало напряжены. Пальпация почти безболезненна. Определяется овоидной формы опухоль, исходящая из

таза, туго-эластической консистенции, куполом своим доходящая до пупка. Опухоль имеет величину беременной на 6-м месяце матки. Определить части плода не удастся, сердечные тоны не выслушиваются.

Наружные половые части развиты правильно. Половая щель несколько зияет. Имеется застарелый разрыв задней спайки. Слизистая входа во влагалище резко синюшна. Выделения умеренны, слизисты. Влагалище имеет необычное направление, сдвинуто впереди к лону опухолью, занимающей большую часть малого таза, выпячивающей задний свод и заднюю стенку влагалища. Влагалищная часть очень высока, еле достигается, тотчас же за верхним краем симфиза; наружный зев щелевидной формы закрыт. Опухоль, помещающаяся в малом тазу, напряженно эластична, неподвижна, величиною с кулак взрослого.

Каков диагноз?

1. Повидимому имеется беременность на 6-м месяце, осложненная какой-то опухолью, ущемленной в тазу, напр. кистой яичника.
2. Вернее предположить, что опухоль, занимающая полость малого таза, есть ретрофлексированная беременная матка. Тело же, определяемое через брюшные покровы, есть перерастянутый мочево-пузырь.

Беглая пальпация живота нашей больной дает впечатление, что опухоль есть не что иное, как беременная матка. Форма опухоли весьма похожа на овоид беременной матки, консистенция сходная; правда, не определяются вовсе части плода. Но этого однако мало, чтобы отклонить подобное предположение. Не соответствует также величина предполагаемой матки сроку беременности. Но ведь анамнез может быть ошибочным. Что же в таком случае представляет собой опухоль, определяемая через влагалище? Вы предполагаете кисту яичника, фиксированную в дугласе. Если это так, то чем же объяснить тяжелые клинические явления, быстро усиливающиеся боли, затруднение мочеиспускания? Ведь перед нами явления ущемления! Мы знаем, что в родах расположенная в малом тазу киста может ущемиться, но ведь тут не роды, а беременность и притом вероятно ранняя. Под влиянием каких же сил опухоль, покоящаяся в дугласе, может ущемиться? И сама-собой напрашивается мысль, не матка ли беременная, находящаяся в состоянии загиба назад, заполняет таз? А беременная матка растет и, находясь в костном окружении, может действительно ущемиться?



Рис. 79. Retroversio uteri gravidi легкой степени.
(По W. Braune).

В таком случае она должна сдавить соседние полые органы и прижать их к стенкам таза. Прижатие уретры к симфизу повлечет за собою расстройство опорожнения пузыря, в нем моча будет застаиваться, и переполненный пузырь, прощупываемый через брюшные стенки, будет имитировать беременную матку.

Действительно подобные случаи известны, и каждому из врачей-акушеров может встретиться это редкое осложнение беременности.

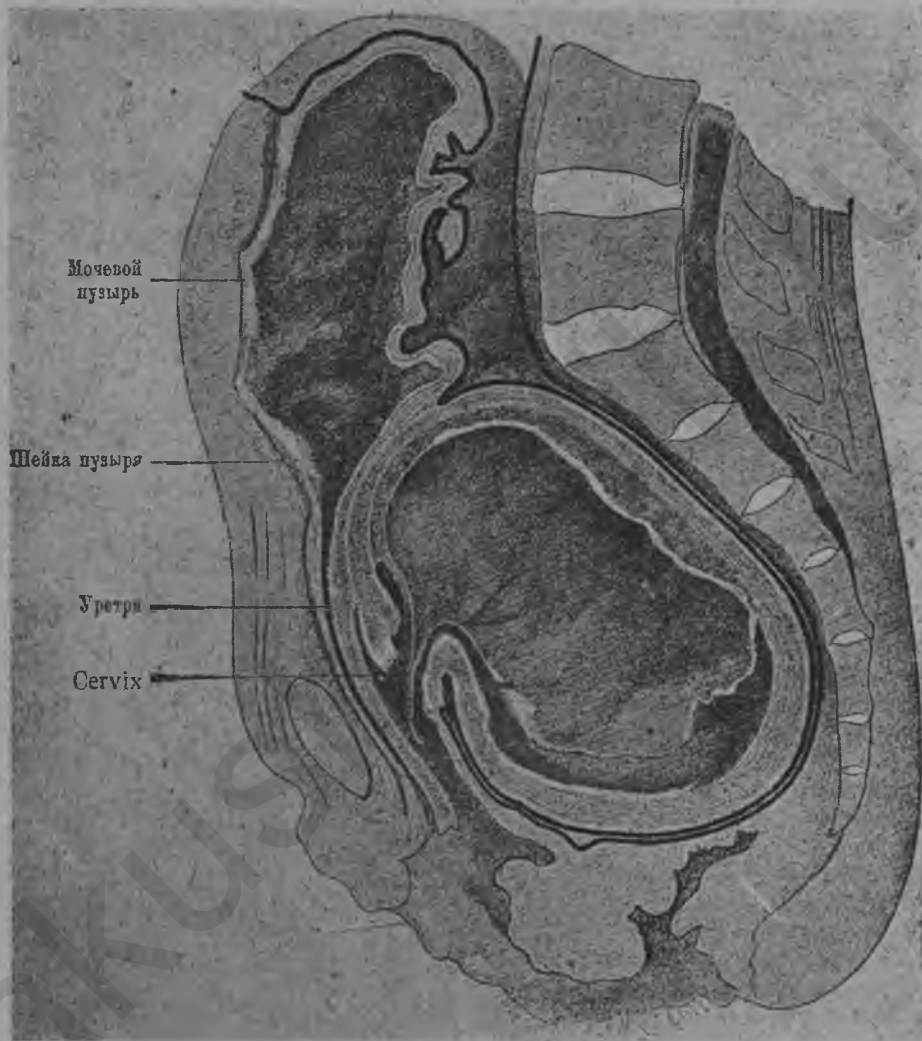


Рис. 80. Ущемление ретрофлексированной беременной матки. (По Wyder-Schwyzler).

Как важно во-время распознать ущемление ретрофлексированной беременной матки и во-время оказать рациональную помощь. Горе больной, если врач не поставит диагноза! А ошибки возможны. Добрынин описал случай, где была ошибочно распознана киста яичника. Можно также смешать ретрофлексию беременной матки с миомой, лежащей в дугласе, с заматочной кровяной опухолью и проч. Остановимся же на этой интересной и грозной аномалии беременности.

Всем известно, что неправильные положения матки встречаются весьма часто. Мы привыкли считать антеверсию-флексию матки нормальным ее положением. Ретродевиации матки—ретроверсию и ретрофлексию—принято считать явлением патологическим. Ретроверсия и ретрофлексия вовсе не исключают наступления беременности. Повседневный опыт учит, что женщины, страдающие ретродевиацией матки, часто беременеют, если только нет тяжелых изменений в самой матке или в придатках, исключающих зачатие. В подавляющем большинстве случаев по мере роста беременности матка не остается в своем ненормальном положении, дно ее приподымается, тело покидает крестцовую впадину, и постепенно матка выходит из малого таза в свободную брюшную полость, принимая при этом физиологическое положение—антеверсию, а тело матки в силу своей тяжести перегибается кпереди по отношению к шейке—в результате чего получается антеверсия-флексия. Я много раз видел подобный переход матки из ретродевиации в антеверсию-флексию в начале беременности, много раз именно эта самопроизвольная редрессия подтверждала диагноз наступившей беременности. Этот своеобразный процесс происходит обычно на 3-м месяце беременности и протекает без всяких субъективных явлений. Прилагаемые классические рисунки по распилам *W. Braune* ярко иллюстрируют изложенный процесс как при ретрофлексии, так и при ретроверсии, причем пунктиры обозначают контуры матки при самопроизвольной элевации (см. рис. 78—79).

В исключительных случаях этот процесс выхождения матки из дугласа не наступает. Случается это при наличии в дугласе плоскостных сращений или тяжей, фиксирующих матку в малом тазу, а также при плоском тазу в силу значительного нависания крестцового мыса. Может быть и тяжелый физический труд, вследствие сопряженного с ним длительного повышения внутрибрюшного давления препятствует выхождению матки из малого таза и не позволяет ей перейти из ретрофлексии в физиологическую антеверсию-флексию.

Какова бы ни была этиология стойкой ретрофлексии беременной матки, последствия одни и те же. Матка остается в малом тазу. По мере ее роста шейка все более и более прижимается к задней поверхности симфиза, сдавливается и вытягивается в длину уретра, мочевого пузырь смещается кверху, сдавливается прямая кишка. Вместе с тем влагалищная часть шейки подымается все выше и выше, располагаясь выше верхнего края симфиза (рис. 80). К концу 3-го, к началу 4-го месяца беременности начинают выявляться симптомы ущемления. Появляются боли в тазу, в крестце, затруднение мочеиспускания. Задержка мочеиспускания начинает все более и более тяготить больную, полное опорожнение пузыря становится невозможным. В дальнейшем мочевого пузырь остается наполненным, все более и более растягиваясь мочей. В запущенных случаях больная уже вовсе не может мочиться, из переполненного мочевого пузыря через неимоверно вытянутую в длину и сдавленную уретру каплями стекает моча наружу. Получается парадоксальное явление: с одной стороны невозможность мочиться, с другой—недержание мочи. Это своеобразное состояние получило название *ischuria paradoxa*.

Сдавlenie прямой кишки проявляется упорными запорами. Клизмы не дают желаемого эффекта, промывная вода встречает препятствие. Задержка газов ведет к вздутию живота, повышающему уже и без того существующее чувство напряжения и распирания. В это время рациональная помощь легко может избавить больную от невыносимого состояния. Иногда сама природа приходит на помощь: наступает выкидыш и по опорожнении матки быстро исчезают все тягостные явления.

Другое дело, если выкидыш не наступает или если больной не оказывают помощи: тогда развиваются серьезнейшие изменения со стороны

мочевого пузыря, ведущие в лучшем случае к длительному септическому заболеванию, а иногда и к гибели больной.

Стенки перетянутого мочевого пузыря, стоящего куполом своим на уровне пупка и даже выше (описаны случаи, где количество мочи достигало 10 литров), не остаются безучастными; вследствие перерастяжения и анемии в них начинают развиваться явления некроза, присоединяется восходящая инфекция, моча загнивает и превращается в грязную, ихорозную, вонючую жидкость, омертвевшие участки слизистой или даже вся внутренняя стенка пузыря в виде гангренозного мешка отторгаются от подлежащих тканей. В исключительных случаях эти некротические куски слизистой оболочки и мышечного слоя рождаются при схваткообразных болях через растянутую и сдавленную уретру. Или же истонченная, воспалительно измененная

стенка пузыря не выдерживает внутрипузырного давления, наступает разрыв пузыря с излитием мочи и некротических участков слизистой в свободную брюшную полость, и быстро развивающийся перитонит сводит больную в могилу (рис. 81). Если даже не наступит разрыв пузыря, то восходящий септический пиелонефрит или общее септическое заражение полагат конец страданиям больной.

Вы видите, какие тяжелые последствия может в редких случаях влечь за собой загиб беременной матки кзади, в дальнейшем вы увидите, что своевременное распознавание и рациональное лечение *retroflexio uteri gravidi incarcerati* легко могут предотвратить наступление упомянутых тягчайших явлений.

Рассмотрим же в свете изложенного наш случай. Анамнезопределенно указывает на существование



Рис. 81. Разрыв пузыря при *retroflexio uteri gravidi incarcerati*. (По *Marchand-Orthmann*.)

вание загиба матки кзади. Ретрофлексия по видимому развилась в связи с расстройством инволюции матки после родов. К тому же больная встала на 3-й день после родов и сразу же приступила к работе. Стойкая ретродевиация матки постепенно начала проявлять себя (боли, профузные месячные, бели). Ретрофлексия осталась неисправленной. Наступила беременность, обычной редрессии не произошло, вероятно вследствие каких-либо слипчивых явлений в дугласе. Даже когда наступили явления сдавления соседних органов (уретры и прямой кишки), не было принято никаких терапевтических мер. Лишь когда страдания достигли значительной степени, больная явилась к нам за помощью! Вы не сомневайтесь больше в диагнозе ущемления беременной ретрофлектированной матки. Жалкий вид больной заставляет нас подумать об оказании ей немедленной помощи.

Что же делать?

1. Явления ущемления должны пройти после опорожнения матки. Показан аборт и притом немедленно.
2. Надо опорожнить не матку, а мочевой пузырь, и вправить матку.

Терапия должна быть направлена на устранение ущемления. В этом смысле предложение опорожнить матку, на первый взгляд, кажется рациональным. Но целесообразность аборта лишь кажущаяся. Опасность ущемления ретрофлексированной беременной матки грозит со стороны мочевого пузыря. В нем развиваются в силу перерастяжения и последующей инфекции злое явления цистита, гангрены и угрожающего разрыва. Первой нашей задачей и притом неотложной является опорожнение пузыря. Лишь после опорожнения пузыря стенки его будут избавлены от напряжения, условия кровообращения улучшатся, в стенках восстановится нормальное их питание и пройдет опасность их омертвления. Опорожнив пузырь, мы примем меры к устранению ретрофлексии, и может быть беременность удастся сохранить.

Катетеризация пузыря при обсуждаемом осложнении не всегда легка. Помните, что уретра вытянута *ad maximum*, что она прижата к симфизу шейкой матки—и вы поймете, что обычный женский катетер тут не пригоден. Тут надо взять длинный мужской катетер и вводить его круто вверх на достаточную глубину. Возможно, что катетер встретит на своем пути препятствие, не применяйте силы, насилие может привести к тяжелым последствиям. Вы нанесете травму стенкам уретры, катетер пойдет по ложному пути. Устраните препятствие, устранив давление шейки матки на уретру: для этого введите зеркала, захватите пулевыми щипцами влагалищную часть и отведите ее кзади и книзу. Катетер свободно пройдет в пузырь, и моча пойдет под большим давлением. Выпустите ее медленно и целиком в чистый сосуд. Благо больной, если моча не изменена, если она чиста и имеет обычный запах. Совсем другое дело, если моча мутна, грязного цвета, издает гнилостный запах и имеет примесь хлопьев и кусочков гангренозной слизистой. В таких случаях одного опорожнения пузыря недостаточно: некроз вряд ли отграничится, омертвевшие куски не выделятся. В этих тягчайших случаях может быть придется прибегнуть к предложенному *Pinard'*ом и *Varnier* вскрытию пузыря через переднюю стенку влагалища. В случаях полной невозможности ввести в пузырь катетер, предложено даже пунктировать пузырь троакаром через брюшные стенки (супрасимфизарно).

Опорожнив пузырь, мы выполним лишь первую часть нашей задачи. Остается устранить ретрофлексию. Лучше вправить матку непосредственно вслед за катетеризацией пузыря. В прежнее время советовали постепенное вправление наполненным ртутью кольпейринтером. Полагаю, что в настоящее время вряд ли кто-либо из акушеров будет терять время на кольпейриз. В легких случаях вправление удастся ручными приемами в обычном спинно-ягодичном положении больной. Двумя пальцами, введенными во влагалище, путем давления на задний свод, тело матки бережно и постепенно приподымается кверху, оно выйдет из малого таза и, минуя крестцовый мыс, проскользнет в брюшную полость. Нечего говорить, что отнюдь не



Рис. 82. Вправление ущемленной ретрофлексированной матки в коленно-локтевом положении.

следует форсировать вправление; неосторожные манипуляции могут только повести к травме матки или пузыря. У чувствительных больных вправление может потребовать наркоза.

Лучше вправление производить в коленно-локтевом положении, причем для облегчения можно захватить заднюю губу шейки матки пулевыми щипцами и свободной рукой производить за них влечение (рис. 82).

После вправления уложите больную в постель, рекомендуйте ей положение на животе или на боку и следите за положением матки. Во избежание рецидива ретрофлексии советуем даже тампонировать влагалище или, что несомненно лучше, вводить пессарий.

Тут я хочу оговориться: изложенная только-что терапия допустима в случаях легких с неизменным или малопораженным пузырем. Наступившая уже гангрена пузыря является абсолютным противопоказанием к вправлению матки. Попытки вправления могут повести к травме или разрыву воспаленных, инфильтрированных стенок пузыря.

В таких случаях советуют ввести в пузырь катетер à demeure и ожидать с вправлением. В редчайших случаях все попытки вправить матку могут оказаться тщетными. В клинике тут показано чревосечение, которое одно дает возможность устранить сращения, которые фиксируют матку.

В тяжелых случаях может потребоваться производство аборта. Последний при ущемлении может оказаться делом не легким. Изогнутым зондом, введенным в полость матки, прокалываются оболочки; по истечении околоплодных вод наступает выкидыш. В редчайших случаях ущемления ретровертированной матки (рис. 83), когда в силу направления шейки матки вверх не представляется возможным в нее войти, рекомендуют даже пунктировать матку через задний влагалишный свод и, отсосав шприцем околоплодную жидкость, устранить ущемление.

Следует упомянуть, что иногда при ущемлении ретрофлектированной матки выкидыш наступает произвольно или в силу самого ущемления, или же как последствие вправления.

Наконец в исключительно редких случаях ущемленная в дугласе беременная матка может, прорвав задний влагалишный свод, родиться во влагалище и наружу. В литературе известны всего 4 таких случая (*Mayer* 1837, *Grenser* 1856, *Rosenberger* 1909 и *Henkel* 1929). В последнем случае 35-летняя многорожавшая с ущемлением загнутой кзади беременной маткой страдала к тому же выпадением задней стенки влагалища. На этой стенке имелся некротический участок, покрытый грязным налетом. Ночью во время кашля при потужных движениях тело беременной матки внезапно появилось снаружи вульвы. Оказалось, что прорвался задний свод влагалища и тело матки вместе с придатками вышло во влагалище и наружу. *Henkel* тут же экстирпировал матку. Больная поправилась.

Еще более удивителен случай *В. С. Груздева*. Тут у 37-летней женщины, беременной в 13-й раз, находившейся на 4-м месяце беременности и ранее страдавшей выпадением прямой кишки, ущемленная, перегнутая кзади, матка вышла вместе со стенкой кишки через задний проход. Ущемление и выпадение матки развились после поднятия тяжести. Вправление матки удалось без особого труда, после чего беременность продолжалась: через неделю однако больная заболела крупозной пневмонией, которая и повела к выкидышу.

Вы видите, что клинические явления загиба матки кзади могут быть весьма незначительными, но могут быть и крайне тяжелыми.

Болезнь требует крайне внимательного к себе отношения, правильной оценки клинических условий и осмотрительной терапии. Наша больная вряд ли представляет тяжелый случай ущемления.

Хотя субъективно она и испытывает значительные страдания, все же удовлетворительное общее состояние, нормальная температура и хороший пульс делают тяжелые изменения со стороны пузыря мало вероятными.

Мы обмыли наружные части, простерилизовали длинный мужской катетер и бережно ввели его в уретру. Пришлось пройти *см* 8—10, пока показалась моча. Под значительным давлением пошла струя насыщенной, но чистой мочи. По мере истечения мочи опухоль, прощупываемая через брюшные покровы, стала уменьшаться, контуры ее стали

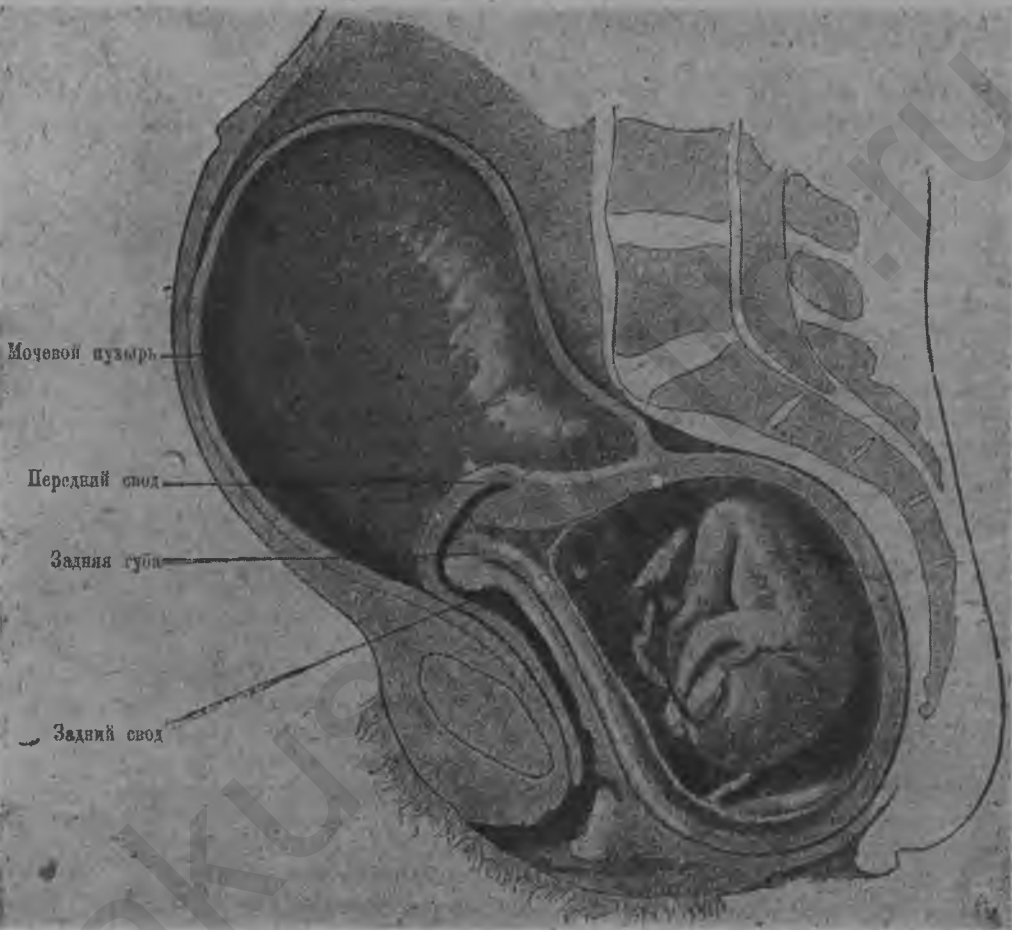


Рис. 83. Ущемление ретровертированной матки, беременной 5 месяцев. (По Бумму.)

менее выраженными, живот менее выпяченными в конце-концов опухоль исчезла. Выпущенная моча измерена—оказалось 1800 *см*³.

Больная сразу же почувствовала значительное облегчение: наступило субъективное благополучие.

На этом наша роль не кончилась. Осталась главная задача: устранить загиб матки. Внутреннее исследование, предпринятое вслед за катетеризацией пузыря, убедило нас окончательно в том, что матка действительно находится в крайней степени ретрофлексии. Можно ли тотчас же приступить к вправлению? Конечно можно. Ведь случай не тяжелый: судя по моче, явлений воспаления, а тем более некроза в стенках пузыря нет.

Тут же, без наркоза, обычным способом произведена *redressio uteri*: тело матки двумя пальцами приподнято через задний свод, оно сравнительно легко вышло из малого таза, наружной рукой тело матки захвачено и переведено впереди, к лону. Матка оказалась лежащей в физиологической антефлексии-верзии, беременная около 3½ месяцев. Больная отпущена домой с советом лечь на несколько дней в постель и лежать на животе или на боку, но отнюдь не на спине.

Прошло 3 дня. Наша пациентка вновь явилась на амбулаторный прием, на этот раз с жалобами на кровотечение, начавшееся за несколько часов до этого.

При исследовании найдено, что начался выкидыш. Матка сохранила свое нормальное положение. Больная направлена в клинику, где выкидыш закончен путем выскабливания.

Отчего произошел аборт? Достоверно мы этого не знаем, но полагаем, что еще до вправления произошло кровоизлияние в отпадающую и частичная отслойка ее. Вправление матки оказалось травмой, усилившей нарушение целостности *deciduae*— в результате выкидыш.

Интерес случая. 37-летняя женщина, родившая 1 раз и страдающая с тех пор ретрофлексией матки, в конце третьего месяца беременности заболевает расстройством мочеиспускания. Явления задержки мочи, запоры, боли в тазу прогрессируют, и на 4-м месяце беременности больная обращается за помощью. Ставится диагноз ущемления ретрофлектированной беременной матки. Мужским катетером выпускается 1800 см³ мочи. В виду отсутствия тяжелых изменений со стороны пузыря, тут же вправляется матка. Вправление удается легко. Наступает субъективное благополучие. Спустя три дня начинается самопроизвольный выкидыш.

Случай 36-й.

М. П., 27 лет (№ приемного журнала 1993), поступила в клинику 19 ноября 1925 года по поводу почти непрерывной рвоты.

Больная считает себя беременной на 5-м месяце. Беременность вторая. Первая беременность протекала без особенностей, закончилась срочными родами. В детстве больная перенесла скарлатину и дифтерит, в 1918 году болела сыпным тифом, в 1922 году малярией. Регулы носит с 14 лет, через 4 недели, по 4—5 дней, без боли. 19 лет вышла замуж. Отмечает полное отсутствие полового влечения. Последние регулы 5 августа. В начале беременности появилась тошнота, по утрам бывала рвота. В октябре рвота участилась и привела к значительному нарушению самочувствия. Появилась общая слабость, больная не могла больше вставать. 18 ноября больная доставлена в одну из больниц, где ей предложено было немедленное прерывание беременности. Страстно желая иметь ребенка, больная не согласилась на аборт, в тот же день выписалась и 19 ноября поступила к нам на лечение.

При поступлении: перед нами крайне истощенная женщина среднего роста, темная шатенка. Производит тяжелое впечатление: кожа дряблая, темная с желтушным оттенком. Лицо длинное, вытянутое, щеки впалые. Легкий экзофтальм. Склеры желтушны. Язык абсолютно сухой. Волосы на голове короткие, хотя она их не стрижет. На всем теле подкожный жировой слой почти отсутствует, кожа кажется натянутой на костяке. Особенно поражает худоба рук и ног.

Пульс 120—130 ударов в минуту, слабого наполнения. Т° 37,4. В моче белок и уробилин.

Кровь: гемоглобина 62%; эритроцитов—2 930 000, нейтрофилов 64%, лимфоцитов 32%, переходных 3%, эозинофилов 1%. Большую почти непрерывно рвет. Со рвотой выделяется зеленоватая жидкость. Есть и пить не может ничего.

Со стороны половой сферы: нормальная беременность 4½ месяцев.

Каков диагноз? Какова должна быть терапия?

1. Диагноз неукротимой рвоты вне сомнения. В виду тяжести случая показано немедленное прерывание беременности.
2. Случай действительно грозный, все же следует по возможности подойти к выяснению патогенеза и испробовать каузальное лечение.

Вряд ли можно сомневаться в том, что заболевание нашей больной стоит в связи с беременностью. С самого начала беременности появилась рвота—явление столь обычное, что вначале сама больная и окружающие не придавали ей значения. Но постепенно рвота начала учащаться, приняла злокачественный характер и довела больную до того ужасного состояния, в каком она и поступила в клинику.

Вполне понятно, что рвота, наблюдаемая у беременной женщины, может вовсе и не зависеть от беременности, являясь симптомом какой-либо другой болезни не только желудочно-кишечного тракта, но и других органов. Для того, чтобы признать рвоту у беременной женщины за *emesis* или *hyperemesis graviditatis*, нужно исключить другие заболевания, сопровождающиеся рвотой, как-то: болезни желудка, уремию, хронический перитонит, инфекционные болезни, менингит, болезни головного и спинного мозга, как опухоли мозга, энцефалит, то или иное отравление и т. д. Нередко рвота, появляющаяся во второй половине беременности, есть лишь симптом скрыто протекающего пиелита. Если у больной, пораженной одним из перечисленных органических заболеваний, наступает беременность, то рвота может значительно усилиться. Так больная *L. Seitz'a*, страдавшая хроническим туберкулезным перитонитом, после наступления беременности дала полную картину неукротимой рвоты беременных.

Далее рвота у беременных может быть симптомом того или иного токсикоза беременности, напр. при токсическом нарушении печеночной функции, при токсической желтухе и, что особенно важно, при так называемой преэклампсии. В последнем случае наряду со рвотой или даже без нее могут быть наблюдаемы чувство давления или боли в подложечной области, давление внизу живота или в правом подреберьи, зависящие может быть от спастических явлений в желчных путях.

Эта рвота, как правило, появляется не вначале, а в последние месяцы беременности. Обнаружение других явлений, свойственных эклампсии, решает диагноз: повышенное кровяное давление, альбуминурия, цилиндрурия и т. п.

Настоящая рвота беременных характеризуется тем, что она является единственным симптомом болезни и имеет следующие особенности. Она появляется в ранней стадии беременности и наблюдается большей частью утром, натощак и почти не сопровождается рвотными движениями. От 40 до 60% беременных жалуются на утреннюю рвоту, особенно первобеременные. Часто рвота наблюдается всего лишь несколько раз, в других случаях она повторяется ежедневно, особенно от 2-го до 4-го месяца беременности, реже до 6-го. От этой рвоты женщины мало или вовсе не страдают, питание ничуть не нарушается.

От этой невинной рвоты (*vomitus matutinus gravidarum*) существуют всевозможные переходы к настоящей злокачественной неукротимой рвоте беременных (*hyperemesis gravidarum*), что служит непреложным доказательством того, что между этими двумя формами нет принципиального различия.

И у нашей больной дело началось с обычной утренней рвоты, которая однако не прошла к 4-му месяцу, а неуклонно усиливаясь, дала картину тягчайшей *hyperemesis*.

Каков же патогенез рвоты беременных?

Из физиологии известно, что акт рвоты возможен только при неповрежденном блуждающем нерве; можно предположить, что чрезмерная возбудимость п. vagi создает расположение к рвоте. „Рвота беременных есть выражение перераздражения vagus'a“ (H. Katz). Из моментов, под влиянием которых vagus желудка приходит в состояние раздражения, можно указать на рефлекторный, психогенный и токсический (Seitz).

Теория рефлекторного раздражения гласит, что растущее яйцо раздражает стенки матки, каковое раздражение передается рвотному центру или желудку. Рвота возникает аналогично рвоте при раздражении глотки. Это мало вероятно, потому что не удастся вызвать рвоту, подвергая матку раздражениям: механическим, термическим или электрическим.

Несомненно важнее психогенный фактор. Висцеральные ветви блуждающего и симпатического нервов находятся под могучим влиянием психических процессов, совершающихся в головном мозгу. Этим объясняются так называемые психорефлексы (покраснение, побледнение, учащение сердечной деятельности под влиянием аффекта). Деятельность желудка стоит в тесной зависимости от психических представлений. Общеизвестна рвота при сильных душевных переживаниях, при виде чего-либо отвратительного. Из этих соображений можно и рвоту беременных объяснить психическими или нервными влияниями (Kaltenbach, Ahlfeld). Не подлежит сомнению, что для многих женщин беременность представляет явление отрицательное: страх перед родами, боязнь позора, материальная нужда, те или иные жизненные неудобства и т. п. мотивы. Отрицательное отношение к беременности может внешне и не проявляться, оставаясь в сфере подсознания.

H. Katz указывает на то, что это отрицательное, часто основанное на чисто материальных соображениях, отношение к беременности чаще встречается у замужних женщин, чем у незамужних, и у повторнорожавших чаще, чем у первобеременных. Действительно в материале клиники Peham'a в Вене (1927) на 70 замужних приходится 32 незамужних женщины, из 68 повторнобеременных лишь 36 первобеременных. Этот психический момент нам нужно учесть, особенно при назначении терапии.

И тем не менее одного психического фактора недостаточно для объяснения рвоты беременных. Нужно искать других раздражителей рвотного центра и п. vagus. Рвота беременных—явление слишком частое и обыденное, чтобы для всех без исключения случаев признать невропатическую почву. К тому же она наблюдается и у некоторых животных (собаки, кошки). Вполне естественно искать первопричину повышенной раздражительности в изменениях крови и соков организма, свойственных именно беременности. Может быть первичный этиологический момент кроется в „измененных свойствах крови, в нарушении химического и физико-химического равновесия крови“ (Seitz). Дискразия сенсibiliзирует рвотный центр и vagus, к этому присоединяется психический момент, в силу чего и проявляется психорефлекс—рвота.

О характере химических или физико-химических изменений крови известно еще очень мало. Ряд авторов предполагает гормональную недостаточность желтого тела (Fieux, Mauriac, Pinard, Hofbauer). Инкрету желтого тела надлежит нейтрализовать ядовитые вещества, исходящие из ворсинок плодного яйца. Инкреторная недостаточность желтого тела ведет к наводнению кровяного русла матери продуктами ворсин. Подтверждением такого воззрения служит наблюдение Pinard'a, видевшего 19 раз неукротимую рвоту на 27 случаев пузырного заноса. Косвенное доказательство этой гипотезы видели и в частых наблюдениях рвоты при многоплодной беременности, в рвоте после изгнания плода, прекратившейся лишь после удаления плаценты (Pick, Mangiagalli). По Katz'у нахождение у умерших от неукротимой рвоты атрофических желтых тел, лютеиновых кист, указывает

на роль желтого тела при обезвреживании химических тел, вырабатываемых ворсинками хориона. Обвиняли также дисфункцию или гипофункцию щитовидный железы (*Siegmund, Ahlbeck*).

Г. М. Шполянский (из моей клиники) высказал мысль, что неукротимая рвота есть признак недостаточности парашитовидных желез. Он описал ряд случаев тетании беременных и считает, что в тяжелых случаях тетании имеется расстройство или частичное выпадение функции эпителиальных телец, в легких может быть конституциональная аномалия, сопряженная с относительной недостаточностью паратиреоидных желез. У ряда больных неукротимой рвотой беременных *Шполянский* нашел симптомы спазмофилии. Рвоту он объясняет спазмом привратника, каковой *Merletti* доказал рентгенографически. Судорожные сокращения начинаются там, где тонус повышен. Если привратниковая ветвь п. vagi гипертонична, то понятно, что спазматические явления выявятся именно на *pylorus'e*. Гипертония же этого отдела блуждающего нерва есть следствие спазмофилии, которая в свою очередь представляется явлением выпадения при пониженной функции эпителиальных телец (см. *Шполянский. Archiv. für Gyn. 129. Hft. 2*).

Во время беременности происходят повидимому значительные изменения в обмене веществ, расстройства химического и физико-химического равновесия клеток и крови, которые остаются не без влияния на вегетативную нервную систему.

Так установлено повышенное содержание в крови беременных билирубина. *Eufinger* и *Rader* доказали эту гипербилирубинемию при неукротимой рвоте. Тут можно допустить токсическое повреждение печеночных клеток. Этим создается переход к тягчайшим случаям интоксикации, к острой желтой атрофии печени.

По *Erwin Lenz'u* соединение тяжелой неукротимой рвоты с желтухой указывает на одновременное заболевание печени или поджелудочной железы (отсюда инсулиновая терапия). *Неверов* (1928) рассматривает неукротимую рвоту, как результат недостаточной приспособленности кровеносной системы женщины к вертикальному положению, что ведет к анемии мозга. *Waters* (*Jersey City, 1927*) видит в неукротимой рвоте токсемию, *Siegert*—потрясение всего обмена веществ, без того, чтобы обязательно образовались токсины. Мы видим, что патогенез неукротимой рвоты окончательно еще не выяснен. Возможно, что этиология заболевания не однородна. Но какова бы ни была этиология, установлено, что сущность *hyperemesis* в нарушениях химизма, а посему она причисляется к ряду патологических состояний, наблюдаемых у беременных, объединенных в одну группу токсикозов беременности.

Мы занялись исследованием нервной системы нашей больной. Симптом *Aschner'a* оказался положительным, *Chvostek* слева также положительный. Зрачки узкие, реакция их на свет нормальна. Гипертонии сосудов не оказалось. При поколачивании мышц—местное сокращение. Гальваническая возбудимость по *Erb'u* оказалась повышенной и дала:

Катодо-замыкательное сокращение	0,8 МА
Анодо-замыкательное "	1,2 "
Анодо-размыкательное "	1,3 "

Белый дермографизм.

На основании анамнеза и данных исследования мы остановились на диагнозе неукротимой рвоты беременных. В основе повидимому лежит глубокое нарушение эндокринного равновесия с преобладанием гипофункции околощитовидных желез. Последняя выразилась в наступившей спазмофилии. Гипертония п. vagi повлекла за собой рвоту, приведшую к полному голоданию больной. Продолжительное голодание в свою очередь привело

к крайнему истощению и к тяжелой интоксикации продуктами неполного сгорания белков, к нарушению деятельности печени и к желтухе.

Как ни странно, в литературе встречается очень мало сведений о патолого-анатомических изменениях органов женщин, погибших от неукротимой рвоты. Почти во всех случаях находили изменения в печени: жировую инфильтрацию, жировое перерождение клеток, лежащих в центре долек. Иногда изменения в печени были сходны с таковыми при острой желтой атрофии ее. В почках были обнаружены все переходы от почки беременных до тяжелого паренхиматозного нефрита.

Для примера привожу данные вскрытия тела молодой женщины, погибшей от неукротимой рвоты несмотря на произведенный искусственный аборт (М. З., 22 лет, 18 марта 1914 года).

Труп женщины, ростом 146 см, правильного сложения, трупное окоченение заметно выражено в нижних конечностях и жевательной группе мышц. Общий цвет кожного покрова бледный, слегка желтушный, склеры ясно желтушны. На задней поверхности тела сплошные светлофиолетовые трупные пятна. Жировая клетчатка на середине расстояния между пупком и лобком 5 см и в области пупка 3 см, брюшина гладкая, блестящая и прозрачная, положение внутренних брюшных органов правильное. Желудок слегка расширен. По вскрытии грудной клетки легкие мало спались и оказались свободно лежащими в плевральных полостях. В полости сердечной сумки небольшое количество прозрачной жидкости; внутренняя поверхность перикарда и эпикарда—блестящая и прозрачная. Сердце не велико, $8,5 \times 8,5 \times 3,6$ см, толщина левого желудочка 1,2 см, правого 0,2 см, клапанный аппарат сердца, intima аорты и венечные сосуды без изменений. Мышца сердца тускла, серовато-красного цвета, дрябловата. Ткань легких малокровна, бледна, пушиста, слизистая бронхов бледна, бронхиальные железы не увеличены, пигментированы. Селезенка $12 \times 8 \times 2$ см—127 г, капсула слегка морщиниста, ткань малокровна, соскабливается в небольшом количестве. Мальпигиевы тельца различимы, но не велики. Печень мала, $21 \times 14 \times 3 \times 4,8$ см, вес печени с желчным пузырем 822 г. Капсула ее гладкая, поверхность разреза серовато-желтого цвета, плотность нормальная. Почки: левая $10,2 \times 4,2 \times 2,4$ см, вес 120 г, правая $10 \times 4 \times 2,4$ см, вес 110 г—невелики, капсула легко снимается. Корковый слой слегка набухший, серовато-желтого цвета, толщиной 0,6 см, пирамидки представляются более темно окрашенными в красный цвет, из пирамидок выдавливается белая мутная жидкость, ткань почек умеренно плотная, слизистые лоханки и мочевого пузыря бледны. Надпочечники: левый $6,5 \times 3 \times 0,5$ см, вес 6,0; правый $5,3 \times 0,4$ см, вес 7,0.

Матка $12 \times 8,5 \times 3,7$ см, толщина передней стенки 1,5; фиброзные сгустки на месте прикрепления детского места у дна матки, у внутреннего зева слева разрыв слизистой матки и поверхностной части мышц; серозная оболочка гладкая, блестящая. Полость матки пуста, на слизистой матки отложение красных фиброзных свертков.

Яичники: левый $5,5 \times 2,5 \times 0,5$ см, вес 8 г, правый $4,5 \times 2 \times 0,4$ см, вес 9 г. В правом яичнике желтое тело в наибольшем диаметре 1,2, наименьшем 0,8 см, в центре кровоизлияние. Поверхность яичников гладкая, ткань бледная, плотновата. В полости желудка большое количество слизи, слизистая набухшая, местами гиперемирована. Слизистая тонких и толстых кишок бледная, в толстых кишках увеличено количество фолликулярных желез; со стороны поджелудочной железы изменений не обнаружено; щитовидная: дл. левой доли 6,2, правой 5,5, вес 35,5 г.

Мягкая мозговая оболочка мутная, молочно-белого цвета по ходу сосудов, по вынугии мозга в задних черепных ямках осталось большое количество прозрачной водяной жидкости, ткань мозга отечная, сосуды основания мозга не изменены.

Degeneratio parenchymatosa myocardii. Emphysema pulmonum. Hyperplasia acuta lienis gradus parv.

Degeneratio parenchymatosa et adiposa renis utriusque. Atrophia hepatis. Gastritis chronica. Uterus post abortum. Leptomenigitis fibrosa chronica. Oedema piae matris et cerebri.

При гистологическом исследовании печени обнаружено: центральные вены расширены и переполнены, расширение и переполнение капилляров, выраженное раздвижение печеночных балок особенно в центральных частях долек. В протоплазме клеток, лежащих вблизи vena centralis, скопление темнозеленого, местами с буроватым оттенком пигмента (желчный пигмент). Наряду с отложением этого пигмента наблюдаются при окраске суданом мелкие, местами сливающиеся в довольно крупные шарики капли оранжево-красного цвета. По направлению к периферии инфильтрация клеток жиром уменьшается. Жировая инфильтрация более выражена в центральных частях. При формалиновой фиксации гликоген не обнаружен.

Обратимся теперь к клинике неукротимой рвоты.

Различают два стадия болезни: более легкий—vagus-гипертонический и более тяжелый—тяжко-токсический.

В первом стадии мы видим явления повышенной раздражимости vagus'a, отрыжку и рвоту. Эта чрезмерная возбудимость желудка сопровождается изменением секреции, пониженным отделением соляной кислоты и повышенной секрецией жидкости из слизистой оболочки желудка.

Этим последним обстоятельством объясняется обильное выделение жидкости со рвотой, несмотря на полное голодание больной. Больная жалуется на общую слабость, на чувство жажды. Вес тела медленно и неуклонно падает.

К счастью у большей части больных дело ограничивается указанными явлениями; под влиянием режима и лечения или даже без таковых наступает выздоровление.

В более редких случаях (10%—20%) заболевание переходит в тяжко-токсический стадий или же с самого начала принимает грозный характер.

Рвота не прекращается, возобновляясь много раз в день. Всякий прием пищи и даже воды становится невозможным, имеется усиленное слюнотечение. Вес тела быстро падает, подкожный жир исчезает, истощение достигает высоких степеней. Пульс учащен (100—120), язык сух, обложен, появляется запах изо рта (похожий на запах яблок), мышцы атрофируются. Кожа становится бледной, часто с желтушным оттенком. Больные производят чрезвычайно жалкое впечатление. Со стороны мочи наблюдаются следующие изменения: суточное количество ее прогрессивно падает, удельный вес высок, появляется белок, часто цилиндры, ацетон, β -оксимасляная кислота, уробилин, аммиак, в тяжчайших случаях—лейцин и тирозин.

Vokelmann и *Vock* (1927) считают, что содержание ацетоновых тел в крови ниже 80 мг % исключает выходящую за границы физиологии рвоту беременных; при содержании ацетоновых тел выше 100 мг % рвота сильнее физиологической; концентрация выше 150 мг % говорит за неукротимую рвоту, выше 200 мг % за злокачественную форму болезни.

В некоторых случаях наблюдаются анестезия или гиперестезия кожи, невралгии, экзема, разные высыпи, акне, фурункулы.

Дурным прогностическим признаком является повышенная температура. Незадолго до смерти наступают мозговые явления, коматозное состояние, бред. Описаны случаи, где за несколько дней до смерти рвота прекратилась.

В таких тяжелых случаях врачебная помощь может оказаться запоздальной. Я видел два случая, где немедленно по прибытии больной в больницу был произведен искусственный аборт, но было уже поздно. Хотя рвота

и прекратилась, все же состояние больных продолжало ухудшаться и в состоянии глубокой комы обе больные погибли *ex inanitione*.

В течение всей болезни несчастные женщины голодают. Это голодание имеет огромное клиническое значение. Благодаря ему в организме происходят глубокие потрясения, расходуются накопленные запасы (гликоген, жиры), происходит распад белков с образованием веществ, влияющих на организм прямо токсически. В некотором противоречии с подобным воззрением стоит факт благотворного влияния воздержания от пищи при неукротимой рвоте. Нет сомнения, что дальнейшие исследования выяснят суть этого противоречия.

Какова должна быть терапия в нашем случае?

- 1) В виду грозного состояния больной показано прерывание беременности и притом немедленно.
- 2) Учитывая полученные клинические данные, проливающие свет на этиологию страдания, можно сделать попытку каузального лечения. В случае успеха не следует долго ждать с прерыванием беременности.

Получая в свое наблюдение больную неукротимой рвотой, мы должны решить вопрос, допустимо ли вообще начинать то или иное консервативное лечение без риска потерять больную. Я уже сообщил о двух больных, погибших несмотря на прерывание беременности: слишком тяжка была интоксикация.

Считаю, что тяжелое общее состояние больной, быстрое падение веса, альбуминурия, субфебрильная температура, учащение пульса выше 100, желтуха — служат уже достаточным основанием для прерывания беременности.

Случаи с мозговыми явлениями, комой, бредом уже безнадежны.

У нашей больной было достаточно явлений, оправдывающих искусственный аборт. И тем не менее, мы решились на попытку консервативного лечения, исходя из следующих соображений: исследование нервной системы с полной очевидностью указало на спазмофилию. На последнюю следует смотреть как на последствие гипофункции эпителиальных телец, ведущую к нарушению кальциевого обмена и к местной гипертонии в вегетативной нервной системе. Антиспазмofilным лечением является кальциевая терапия, ее мы и решили испробовать.

С 20 ноября при полном голодании больной начаты кальциевые клизмы; 2 раза в день вводилось в прямую кишку 30 см³ 10% раствора хлористого кальция. Рвота, до того почти непрерывная, стала заметно реже, повторяясь за сутки 10—8—5 раз. Через 2 дня можно было больной дать чай с сахаром, чай с молоком, в дальнейшем уху, кисель, все по малым порциям. 30 ноября для усиления эффекта вито внутривенно 5 см³ 15% раствора хлористого кальция. На следующий день рвота всего 1 раз. 2 декабря внутривенное вливание кальция повторено, после чего рвоты больше не было ни разу. Общее состояние больной стало заметно лучше, появился аппетит, больная могла есть, не мучимая страхом рвоты. Желтуха быстро прошла, суточное количество мочи начало повышаться, белок исчез. 4 декабря больная встала, 5-го выписалась в удовлетворительном состоянии. Кальциевые клизмы она обещала применять и дома еще в течение недели. Тут же скажу, что 25 августа 1926 г. та же больная М. П. поступила в клинику в родах и благополучно разрешилась живым доношенным младенцем.

Ее мечта сбылась, она доносила: нам удалось избежать искусственного аборта, и удалось потому, что был выяснен патогенез болезни и принята каузальная терапия.

Сколько раз предпринятое то или иное лечение не приводило ни к чему и приходилось прерывать беременность!

Кажется, нет числа методам лечения неукротимой рвоты! Больная неукротимой рвотой должна быть изъята из домашней обстановки, помещена в клинику или больницу и соблюдать полный постельный покой. В этом разногласия нет. В некоторых случаях уже одного этого достаточно для получения заметного эффекта. Самая терапия может быть различной. Многие авторы, признавая психогенное происхождение рвоты, придают особенное значение психотерапии. Видя в *hyperemesis* ничто иное, как истерический невроз, они успех лечения всевозможными средствами и методами объясняют внушением. И действительно в ряде случаев умелая психотерапия или сеансы гипноза излечивают болезнь. *Vumt* говорит: „Все сводится к психическому лечению. Отделите пациенток от семьи, назначьте им абсолютно покойное и плоское положение на спине с пузырьем со льдом на желудке и только охлажденную жидкую пищу маленькими порциями, прибавьте к тому ежедневно 2—3 клистира с прибавлением 1—2 г бромистого калия, обещаите от этого верное излечение, и вы постепенно сумеете увеличить введение пищи, и после нескольких возвратов дождетесь прекращения рвоты. Иногда все кончается сразу, и больные, которые вчера еще все извергали рвотой, могут сегодня переносить всякую пищу. Кто умеет пользоваться гипнозом, достигает этим часто превосходных результатов“.

Если в ряде случаев психическое лечение и ведет к полному прекращению рвоты, то не подлежит сомнению, что это бывает далеко не всегда. Предложено много лекарственных средств: *menthol* (1% раствор по кофейной ложке), *ogehinum basicum* (0, 3), *serium oxaicum* (0,3), *extr. hyosciami*, кокаин (по 20 капель 2% раствора), анестезин (0,5), афенил. Рекомендуют клизмы с бромом, клизмы с адреналином, экстракт желтого тела, маммин, впрыскивание молока (протеинотерапия), аутогемотерапию. Иногда с успехом применяют внутривенные вливания рингеровской жидкости, внутривенные вливания 5 см³ 10% раствора поваренной соли, виноградного сахара (500 см³ 10% раствора), раствора хлористого кальция, физиологические клизмы с прибавлением столовой ложки алкоголя и 2 столовых ложек сахара, внутривенные вливания глюкозы с инсулином. По *Seitz*'у благотворно действуют гомеопатические дозы иода, чему объяснения нет. *Heynemann* считает наилучшим способом лечения, помимо перевода в клинику, подкожные вливания солевого или рингеровского раствора. *Полонский* рекомендует серотерапию, *Малинин* (Саратов, 1926) аутогемотерапию. При неукротимой рвоте, по его мнению, происходит адсорбция соответственных токсинов красными кровяными тельцами. Если их вводить парентеральным путем, то они приведут к образованию специфических антител. *Hardwig* и *van Wyck* (Торонто, 1926) полагают, что при неукротимой рвоте имеется недостаток углеводов и гликогена в печени и предлагают лечение растворами сахара. Ежедневно вливают внутривенно 1000 см³ 5% раствора глюкозы в 1% солевом растворе, 3 раза в день по 200 см³ 10% раствора глюкозы в клизме, вечером дают клизму с бромистым натрием. Улучшение наступает, по авторам, через 3—4 дня; если улучшения нет, показан аборт. *Крыжак* (Шепетовка, 1928) применяет с успехом внутривенное вливание концентрированного (35%) раствора хлористого кальция. *Waters* (Jersey City, 1927) для выведения токсических веществ дает 1—2 раза в день высокие клизмы. Для борьбы с ацидозом он вливает раствор двууглекислой соды и глюкозы при одновременном впрыскивании инсулина (одну единицу на 3—5 г глюкозы). Кроме того *Waters* дает препараты желтого тела, при низком кровяном давлении—раствор адреналина, по мере надобности наркотические. *К. М. Афанасьевский* рекомендует мясной сок. Если свежий мясной сок больными принимается неохотно, то можно его давать по примеру проф. *Цимссена*, в виде мороженого, к которому прибавляют немного коньяку или лимонного сока. За день дают до 200—300 г мясного сока.

выявления токсических явлений, так как тут легко прерывание беременности. Достоинство внимания предложенное недавно лечение инсулином. *Lenz* излечил тяжчайший случай, давая сперва в течение 3 дней утром и вечером по 30 инсулиновых единиц, затем по 40 единиц в день. Во избежание гипогликемии обязательно во время инсулинового лечения давать виноградный сахар (в клизме). *Runge* (Киль) также горячо рекомендует инсулин, *Sachs* (Берлин) дает малые дозы инсулина от 5 единиц 2 раза в день до 120 единиц 2 раза в день.

В настоящее время еще преждевременно подводить итоги под лечение инсулином.

Интересно предложение лечить неукротимую рвоту беременных голодом. *Siegert* (Фрейбург, 1927) держит больных на полном голоде при абсолютном постельном покое в течение 3 дней и дает внутрь или внутривенно кальций, раствор Рингера или *Normosal*, а также бром. Из 21 случая неудача была только в 3 случаях. По мнению *Siegert'a*, голода не следует бояться. *Determann* проводил голодный режим у беременной в течение 21 дня и при этом падение веса было не особенно значительно (10 кг). По *Determann'у* организм легко приспосабливается к голоду, ограничиваясь потреблением „резервов“, ослабляя все функции, кроме необходимых. После голода наступает зато необычайно сильный и резко выраженный подъем „строительства“ организма.

Предложены и некоторые манипуляции, как выпрямление ретрофлексированной матки, расширение шейки матки, прижигание слизистой оболочки шейки ляписом), гальванизация, промывание желудка и т. п. Возможный успех перечисленных манипуляций должен быть отнесен к психическому воздействию.

В большинстве случаев консервативное лечение, как и в нашем случае, дает благоприятный эффект. Все же в тяжелых случаях упорствовать на консервативном лечении не следует. Важно и трудно определить момент, когда положение больной становится угрожающим, для того чтобы не опоздать с прерыванием беременности. К сожалению точно еще не определены критерии, указывающие на опасность для жизни. Предложен ряд довольно сложных химических реакций для определения функциональной недостаточности печени. *L. Seitz* пользуется билирубиновой пробой, которая в течение нескольких дней должна быть положительной. Практический врач признает случай тяжелым, если пульс прогрессивно учащается, язык сух и обложен, если появляется запах изо рта, желтуха, альбуминурия и цилиндрурия, если температура повышена на $1\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ градуса, если больная истощена, апатична, и если психика ее изменена. Наблюдательность, накапливающийся опыт помогут врачу в конкретном случае выйти из затруднительного положения.

Winter считает угрожающими следующие симптомы: аритмию пульса, повышение температуры, альбуминурию с цилиндрурией, мозговые явления раздражения, желтуху, расстройства общего состояния, протрацию, сухой язык, безучастное выражение лица, склонность к обморокам, к коляпсам, понижение умственной деятельности. Появление одного из этих симптомов, по *Winter'у*, оправдывает прерывание беременности.

Rupp (Бонн, 1929), потерявший больную вследствие слишком позднего вмешательства, сомневается в том, что можно спокойно выждать появление указанных *Winter'ом* симптомов. Он полагает, что уже при разразившемся „токсикозе“ терапия бессильна. Надо действовать, пока болезнь еще находится в благоприятном стадии. Мы не знаем средств, указывающих приближение токсикоза. Очень важно, улучшается ли состояние под влиянием длительного консервативного лечения. К сожалению оценка общего состояния слишком субъективна. Автор считает опасным ждать полного

ности может оказаться запоздалым. У нашей больной мы сделали попытку лечения кальцием с полным успехом. Если бы в первые же дни не наступило улучшения, мы приступили бы к прерыванию беременности. Больная доносила и благополучно разрешилась здоровым ребенком. *Kermauner* указывает, что бывшая во время беременности и излеченная неукротимая рвота на здоровье ребенка не отражается.

Если наша больная вновь забеременеет и явится к нам за советом, мы должны будем дать ей в целях профилактики соответствующие указания. Особенно женщинам конституционально-невропатическим мы посоветуем быть достаточно на свежем воздухе, рекомендуем умеренные движения и диету, предъявляющую наименьшие требования почкам и печени. Сократите потребление белков и жиров, рекомендуем питаться преимущественно углеводами. Многие женщины инстинктивно отворачиваются от мяса, другие проявляют „прихоти“, напр. поедают мел, любят кислое. Очевидно и тут выявляется разумная потребность организма в подобных веществах. *Rissmann* советует профилактически давать известь и железо по следующей прописи:

Rp. Calcii carb. praecip. 10,0.
Calcii phosphor. 5,0
Ferri lactici 2,0
DS. 3 раза в день на кончике ножа.

В целях понижения возбудимости *p. vagi* полезно давать небольшие дозы бромистого калия. Дают профилактически препарат желтого тела (*Luteovag* в таблетках) и даже тиреоидин.

Не подлежит сомнению, что рациональной профилактикой в связи с внушением бодрости и уверенности в благополучном течении беременности можно много сделать добра.

Интерес случая. В клинику доставляется 27-летняя беременная на 5-м месяце женщина с тяжелыми явлениями неукротимой рвоты. Ряд серьезных клинических явлений указывал на тяжело-токсический стадий болезни. Обследование нервной системы дало картину спазмофилии. Назначена кальциевая терапия. Рвота прекратилась, явления интоксикации прошли. Пациентка доносила до срока и разрешилась живым младенцем.

Дополнительно хочу сказать, что неукротимая рвота причисляется к большой группе заболеваний или патологических состояний, наблюдаемых у беременной женщины, заболеваний, весьма разнообразных по своим проявлениям, но каузально тесно связанных с беременностью. Если уже нормальная беременность вызывает в организме изменения, могущие при других условиях считаться патологическими, то легко понять, что эти изменения могут составить основу или начало для ряда болезненных состояний, ведущих к нарушению здоровья женщины и объединенных в нашей науке в одну группу под названием токсикозов беременности.

Многочисленные исследования, направленные на выяснение характера биологических процессов, лежащих в основе токсикозов, выяснили, что суть этих болезненных состояний в интоксикации организма какими-то неизвестными веществами, не поступающими в него извне, а образующимися в нем самом (аутоинтоксикация). Отсюда явствует, что с понятием интоксикации тесно связано представление о каком-то яде, который представлялся исследователям как химическое тело. Одно загадочное, неизвестное ядовитое химическое тело вызывает якобы все разнообразие клинических картин, наблюдаемых при токсикозах беременности.

Но если вдуматься в бесконечную сложность биологических процессов, обуславливающих физиологические изменения, свойственные беремен-

ности, то станет ясным, что тут не может быть и речи об одном каком-либо ядовитом химическом теле. Вероятно бесконечно велико число и разнообразие моментов, ведущих к интоксикации организма беременной женщины. Может быть к их числу относятся тела, существующие при нормальных условиях в организме, но циркулирующие тут в повышенном или пониженном количестве, может быть это аутохтонно возникшие в организме, благодаря нарушенному химизму клеток, токсические вещества, продукты ненормального расщепления органических тел, может быть это образовавшиеся при распаде белков тела, не достаточно обезвреженные антителами или не могущие быть выделенными организмом. Возможно, что токсические изменения возникают не вследствие воздействия на ткани и клетки организма определенных химически вредных веществ, а в силу изменений физико-химической структуры клеток и крови, что тут нарушается физико-химическое равновесие—в результате чего и наступает дискразия.

Здесь не место вдаваться в подробности этого большого вопроса. Какие бы биологические процессы ни составляли этиологию токсикозов беременности, мы всегда должны помнить, что в основе заболевания лежит беременность; какими бы симптомами ни проявлялось в конкретном случае заболевание, оно есть токсикоз, а многообразные клинические симптомокомплексы—лишь проявления и излучения токсикоза. „Токсикозы представляют собою особую форму расстройства обмена веществ, обусловленную наличием в организме паразитирующего плодного яйца“ (*Шполянский*).

Классификация токсикозов беременности—задача трудная. Наши сведения о химизме токсикозов слишком недостаточны для того, чтобы в основу классификации класть характер интоксикации. Попытка классифицировать токсикозы по патолого-анатомическим изменениям органов не может увенчаться успехом, потому что, кроме эклампсии, тонкие морфологические и гистологические процессы слишком мало изучены, а зачастую вовсе отсутствуют. *Schickel* и *Neu* устанавливают две больших группы: экламптические и анекламптические токсикозы, другие различают токсикозы ранней беременности (пример: неукротимая рвота) и токсикозы поздней беременности (пример: эклампсия). *Ludwig Seitz* исходит из клинической картины болезненного комплекса и классифицирует токсикозы следующим образом:

I. Заболевание „жизненных нервов“.

- 1) Нарушения сосудодвигательной системы.
- 2) Нарушения остальной вегетативной нервной системы.

II. Заболевания с преимущественным поражением одного органа.

- 1) *Dermatopathia gravidarum*.
- 2) *Haematopathia gravidarum*.
- 3) *Hepato- и cholepathia gravidarum*.
- 4) *Osteo- и arthropathia gravidarum*.
- 5) *Neuro- и psychopathia gravidarum*.

III. Эдематозно-нефротический и экламптический симптомокомплекс (*Oedneclöse*).

- 1) *Hydrops gravidarum*.
- 2) Нефроз беременных.
- 3) Эклампсия.

Для практических целей будет достаточно и целесообразно выделить наиболее яркие и обычные клинические формы, в ряду которых на первом месте стоит отек беременных (*oedema, anasarca, hydrops gravidarum*). Состояние это характеризуется появлением отеков на нижних конечностях, на

животе и других частях тела, задержкой в тканях воды и солей, вследствие повышенной проницаемости для них эндотелия сосудов. Если прежде полагали, что подобные отечные пропитывания покровов возможны только при поражении почек, то в настоящее время установлено, что существует *hydrops gravidarum* без малейшего поражения почек. Лишь при обширных или долго длящихся отеках начинает страдать почечная паренхима. Тогда мы уже имеем дело с клинической картиной, известной со времени *E. v. Leyden'a* под названием почки беременных, а в настоящее время именуемой *perihorathia gravidarum*. Этот токсикоз может быть назван специфическим для беременности, после родов в большинстве случаев явления нефропатии проходят, в некотором же проценте тяжелых случаев или же при остром проявлении токсикоза в конце беременности болезнь принимает своеобразное течение и получает название эклампсии, представляя собою как бы переход к тягчайшей форме токсикозов—к эклампсии.

Эклампсия—наиболее типический из всех токсикозов беременности. Она стоит как бы в центре учения о токсикозах; нет числа работ и исследований, посвященных этой грозной болезни, и, несмотря на это, она и в настоящее время остается болезнью-загадкой, великим сфинксом, над пониманием которого трудились и трудятся величайшие представители нашей науки. Практически мы подойдем к эклампсии и к эклампсизму в особой главе. Сейчас же перейдем к следующей группе токсикозов беременности.

Кожа беременной женщины нередко служит местом проявления токсикоза. Не представляя собой ничего специфического, относящиеся сюда болезни кожи характеризуются тем, что они вызываются самой беременностью и бесследно проходят по окончании ее. Уже физиологически во время беременности мы видим в коже некоторые изменения—пониженную функцию потовых желез (*perspiratio insensibilis*), пигментации на разных частях тела, пигментации сосков и околососковых кружков, пупка, средней линии живота (*linea fusca s. nigra*), наружных половых частей, области *anus'a*, всякого рода рубцов. Всем известны темные пятна на лице у беременных (*chloasma gravid.*). За последнее время я видел целый ряд случаев интенсивной диффузной пигментации всего живота. Пигмент, отлагаемый в коже беременных, не имеет ничего общего с кровяным пигментом, не содержит железа и принадлежит к меланинам. Повидимому он имеет какое-то отношение к деятельности надпочечников и стоит в связи с белковым или может быть липоидным обменом.

Проф. *С. А. Селицкий* (1929) высказывает предположение, что усиленная пигментация при токсикозах и дерматозах является защитной реакцией со стороны кожи.

В противоположность этим физиологическим изменениям кожи настоящие дерматозы беременности представляют собою действительно заболевающие, то быстро возникающие и скоро проходящие, то медленно развивающиеся и исчезающие лишь после родов. Сюда относятся крапивные сыпи (*urticaria*), сопровождающиеся сильным зудом, экзантемы, похожие на высыпания при скарлатине, разнообразные эритемы. В других случаях кожные явления сопровождаются более или менее резко выраженными воспалительными процессами в эпидермисе и *cutis*—настоящие дерматиты (*dermatitis gestationis*).

Тягостен для беременных *pruritus*, который может локализоваться только на вульве или распространиться на все тело больной. В редких случаях развивается картина почесухи (*prurigo*) с образованием сильно зудящих узелков на разгибательных поверхностях конечностей. Чаще встречаются высыпания *herpes simplex* (рис. 84) и *zoster*. Наиболее тяжелым из дерматозов беременных является *dermatitis herpetiformis* и особенно

impetigo herpetiformis, в исключительных случаях могущие даже дать жизненные показания к прерыванию беременности (рис. 85).

В легких случаях дерматоза терапия не нужна. В тяжелых случаях с успехом применяется лечение лошадиной сывороткой.

Особую группу токсикозов составляет рвота беременных, которая, как вы видели при разборе нашего случая, начинаясь с обычной утренней рвоты, может перейти в злокачественную, неукротимую *hyperemesis*. В том же периоде беременности, одновременно с рвотой или без нее, нередко появляется другой токсикоз—слюнотечение (*ptyalismus gravidarum*). Если уже при физиологической беременности отделение слюны часто повышено, то в случаях *птиализма* слюна течет в большом количестве и постоянно.



Рис. 84. Пегрес на верхней конечности у первобеременной. (По *Stöckel*'ю).

Я видел случай, где изо-рта больной слюна текла струей день и ночь, больная не могла обходиться без простыни, которою она ежеминутно вытирала рот. В другом случае мне удалось собрать суточное количество слюны—за сутки вытекало 350 см^3 . В этом случае блестящий результат дала кальциевая терапия. *Птиализм* может в значительной мере отразиться на общем состоянии беременной, но сам по себе, без сопутствующей неукротимой рвоты, он показанием к прерыванию беременности служить не может.

Весьма интересна группа токсикозов, проявляющих себя симптомами со стороны печени. Не подлежит сомнению, что именно на долю печени выпадает во время беременности большая роль. Часто печень при этом проявляет функциональную недостаточность. Отсюда возникло понятие о „печени беременных“. Лаборатория может с непреложностью доказать несостоятельность печени (левулезурия, выделение креатина, аминокислот, полипептидов, билирубина). Клиника отмечает частое появление желчных коликов, желтухи. Практически важен вопрос токсической желтухи беременных.

Повидимому приходится признать существование специфического для беременности острого токсического *icterus'a*. Понятно, подобный диагноз

допустим лишь тогда, когда исключены катаральная желтуха, холецистит и желчнокаменная болезнь. Самым ярким представителем этой группы токсикозов является острая желтая атрофия печени. Правда, в последнее время раздаются голоса, отрицающие эту болезнь как токсикоз и признающие ее за острую эпидемическую инфекционную болезнь; все же пока мы склонны думать, что острая желтая атрофия печени беременных существует как высшее проявление токсикозов обсуждаемой группы. Болезнь начинается с легкой желтухи; быстро прогрессируя до тяжчайшего *icterus'a*, она ведет к тяжелому нарушению общего состояния больной, появляются рвота, мозговые симптомы, бред, маниакальные состояния, судороги, наконец наступает глубокая кома, в какой-то больной и погибает. Клинически отмечается быстрое уменьшение и исчезание печеночной тупости, в моче



Рис. 85. *Impetigo herpetiformis* со смертельным исходом. (По *Stöckel'ю*).

появляются лейцин и тирозин. Я видел всего 4 случая острой желтой атрофии печени, все больные погибли, несмотря на немедленное прерывание беременности.

Иногда острая желтая атрофия печени развивается на почве неукротимой рвоты. В каждом случае появления у беременной женщины желтухи необходимо тщательное обследование больной; при подозрении на токсический *icterus* беременность должна быть прервана. Вы помните, что и у нашей больной в течение неукротимой рвоты появилась желтуха, и если бы предпринятое нами лечение в течение нескольких дней не дало столь неожиданно хорошего эффекта, мы бы поспешили прервать беременность.

К токсикозам беременности я хотел бы отнести и некоторые заболевания нервной системы. На первом месте стоит *chorea gravidarum*, проявляющаяся обычно в первую половину беременности то легко, то необычайно тяжело с тяжчайшими судорожными подергиваниями днем и ночью, бредом и психическими явлениями и ведущая часто к смерти.

Из невритов сюда относятся polyneuritis gravidarum, дающий тяжелую клиническую картину и нередко существующий одновременно с неукротимой рвотой и птолизмом, и зловещий неврит зрительного нерва, ведущий к амблиопии и даже полной слепоте. Наконец интересна тетания беременных.



Рис. 86. „Рука акушера“ при тетании беременных (Собств. наблюдение).

Нередко беременные жалуются на парестезии, ползание мурашек, онемение кожи конечностей. Эти явления указывают на ослабленную функцию паращитовидных желез (parathyreosis). Если подобные субтетанические состояния встречаются нередко, то настоящая тетания у беременных представляет собою редкость. Putz (1929) описал даже смертельный случай.

Я уже указал на связь спазмофилии с беременностью. Я видел несколько случаев типичной тетании в конце беременности и в родах. Г. М. Шполянский описал их в своей упомянутой выше работе. По его мнению, некоторые случаи бронхиальной астмы у беременных следует также отнести к группе заболеваний, основанных на спазмофилии как на своеобразном токсикозе (рис. 86 и 87).

Нередко беременные жалуются на парестезии, ползание мурашек, оне-



Рис. 87. „Нога балерины“ при тетании беременных (собств. наблюдение).

Этим я закончу свой краткий обзор наиболее важных токсикозов. На целый ряд заболеваний беременных мы в настоящее время смотрим уже другими глазами. Биологическая химия все более и более поднимает завесу над тончайшими процессами, происходящими в организме беременной женщины, многое уже выяснено в биологии клетки, в биологии крови беременной, наука неуклонно проливает все больше и больше света на загадочные заболевания, свойственные беременной женщине и именуемые токсикозами беременности. В порядке дня стоит не лечение этих патологических состояний, а профилактика их, и, надо надеяться, недалеко то время, когда мы, вооруженные знанием биохимии беременности, сможем творить истинную профилактику ее токсикозов.

Патология последового периода.

Случай 37-й.

Ф. Н., 23 лет (№ приемного журнала 1434), поступила в клинику 8 февраля 1927 года в 14 час. 55 мин. в родах.

Роды первые: беременность протекала без особенностей. Времени последних регул не помнит, считает роды срочными. Родовые боли начались 7 февраля в 18 часов.

Роженица крепкого сложения, хорошего питания женщина. Живот увеличен соответственно доношенной беременности, на коже нижней его половины свежие рубцы беременности в умеренном количестве. Плод в продольном положении, ягодичи определяются в дне матки, спинка слева, головка уже вступила в таз, при 3-м приеме Leopold'a определяется лишь основание головки. Сердечные тоны выслушиваются слева ниже пупка.

Размеры таза: dist. spin. 25; dist. crist. 28; dist. troch. 32; conj. ext. 19. Родовая деятельность удовлетворительная, схватки через 10 минут.

В полночь отошли воды, после небольшой паузы родовая деятельность возобновилась; в 5 часов начались потуги, сперва редкие, потом учатившиеся. В 8 часов врезывание. Сердечные тоны плода вполне хорошие, родовая деятельность ослабевает.

В 9 час. 30 мин.: головка прорезывается очень медленно, промежность высокая, во время потуги куполообразно выпячивается, становится белесоватой, кожа блестящей.

Что делать?

1. К вмешательству показаний нет, надо продолжать вести роды консервативно.
2. В виду затянувшегося прорезывания головки и неминуемого разрыва промежности следует рассечь вульварное кольцо.

Без сомнения период изгнания затянулся. Воды отошли в полночь, в 5 часов начались потуги, в 8 часов головка начала показываться в половой щели (врезывание), с 9 час. 30 мин. она во время паузы обратно не уходит (прорезывание). Период изгнания длится уже 9½ час., что значительно превышает норму. Все же этот факт сам по себе еще не послужил бы показанием к вмешательству. Другое дело опасность разрыва промежности. Вы знаете, что в некотором проценте родов разрыв промежности неминуем. Как ни идеальна защита промежности, в 20—25% все же наступает разрыв.

Форма и особенности строения промежности, величина головки, форма тазового выхода, наклонение таза, особенности прохождения головки через выход таза, темп растяжения родовых путей—все это моменты, в зависимости от которых наступает или не наступает разрыв промежности.

В нашем случае до очевидности ясно, что самая искусная защита промежности не сможет предотвратить разрыва: промежность очень высока, она несоразмерно велика по сравнению с небольшой половой щелью, вмещающей в себя затылок рождающейся головки. Следите внимательно за промежностью во время потуги. Вы увидите, как она выдается куполом, она синюшна, бледнеет при напоре на нее головки, кожа лоснится и уже видно, при боковом свете, как в области спайки эпидермис расходится; во время паузы из половой щели в небольшом количестве вытекает кровь—доказательство начинающегося разрыва стенки влагалища. Если вы в таких случаях получаете впечатление, что разрыв неминуем, не рискуйте им. Во

время ближайшей „потрясающей“ потуги может случиться полный разрыв промежности, а может быть и центральный разрыв. Но если даже разрыв ограничится 2-й степенью, условия заживления будут плохие—разможжение тканей, рваные, сильно травмированные края раны. В таких случаях показано рассечение промежности ножницами, операция, предложенная еще *Michaelis*'ом в 1810 году. Он рассекает промежность по средней линии, по *garhe* ее. Впоследствии стали предпочитать боковые разрезы, *episiotomia* (рис. 88). Обычно на одной стороне, чаще справа, отступя от средней

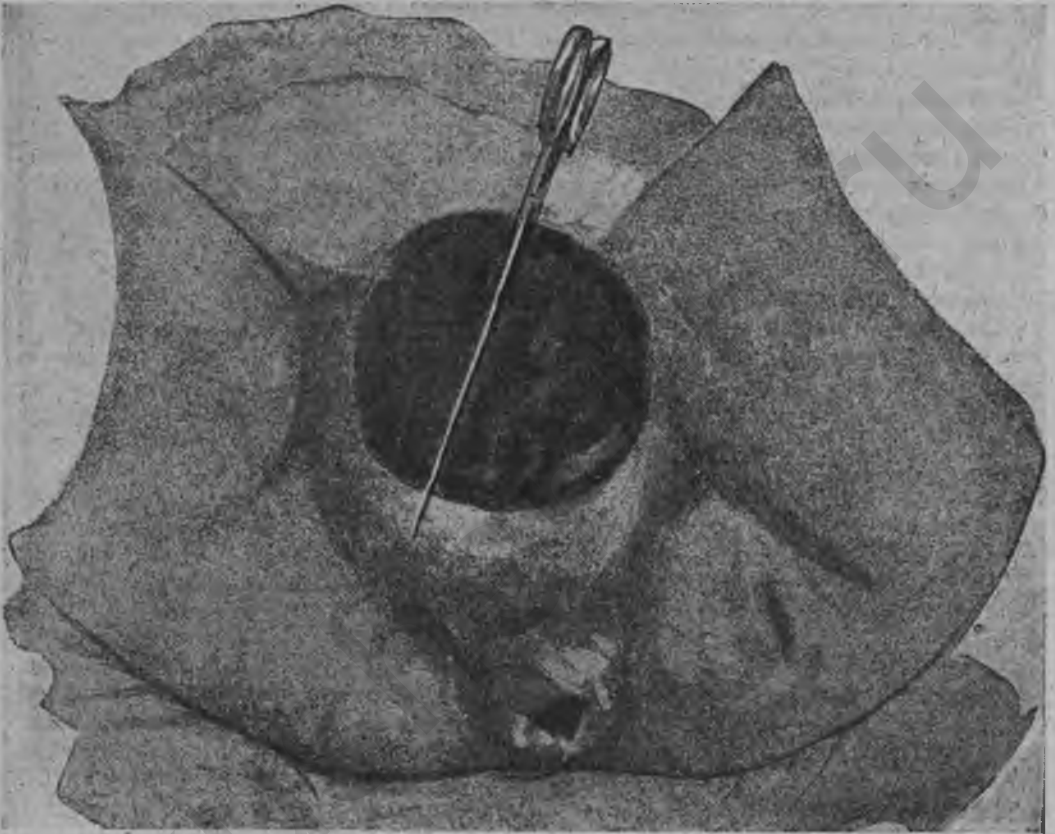


Рис. 88. Episiotomia.

линии *см* на 2, ножницами во время потуги рассекают вульварное кольцо по направлению к седалищному бугру. Длина разреза зависит от особенностей случая, обычно в разрез попадают стенки влагалища, кожа промежности, поверхностная фасция и *m. constrictor cunni*.

Считаю более рациональным рассечение по средней линии—*perineotomia*, операцию, первоначально предложенную *Michaelis*'ом, а у нас в России получившую широкое распространение благодаря *Д. О. Омму*. Во время потуги тупая бранша ножниц вводится в вульварное кольцо, между спайкой и головкой, одним-двумя ударами ножниц рассекается промежность на протяжении 2—3 *см*. Важно другой рукой сдерживать головку, во избежание слишком быстрого ее прорезывания.

Перинеотомией мы предотвращаем крупное овреждение тазового дна и промежности и, нанося резаную рану, создаем благоприятные для заживления условия.

В 9 час. 45 минут произведена перинеотомия по Отту, легко выведена головка. Родился живой плод, мужского пола, весом в 3600 г. Пуповина перевязана, младенец удален. Начался последовый период.

Прежде, чем решиться на тот или иной образ действий, остановимся на последовом периоде и его ведении.

Последовым называется третий период родов, начинающийся непосредственно после рождения младенца и кончающийся выходением последа.



Рис. 89. Отделение плаценты по Schultze.
1—Ретроплацентарная гематома.

Этот заключительный период родового акта самый короткий из трех периодов родов и вместе с тем самый опасный, конечно только для матери. Из физиологии родов известно, что в это время плацента под влиянием последовых схваток отделяется от места своего прикрепления. Вслед за рождением ребенка на короткое время сокращения полого мускула прекращаются, матка приспособляется к внезапно наступившим новым условиям, происходит установка тонуса мускулатуры. Вначале мускулатура плацентарного места не принимает участия в общей ретракции полого мускула, оста-

ваясь по сравнению с последней истонченной. Наступающие вслед за паузой последовые схватки ведут к ретракции плацентарного места. Детское место, не могущее следовать за уменьшением площади своего прикрепления, отстает от нее, вдаётся в полость матки и постепенно отслаивается от стенки матки. Отделяется ли сперва центр детского места, в то время как периферические его отделы на некоторое время остаются в тесном соединении со стенкой матки, или отслаивается нижний его край, причем процесс отслойки

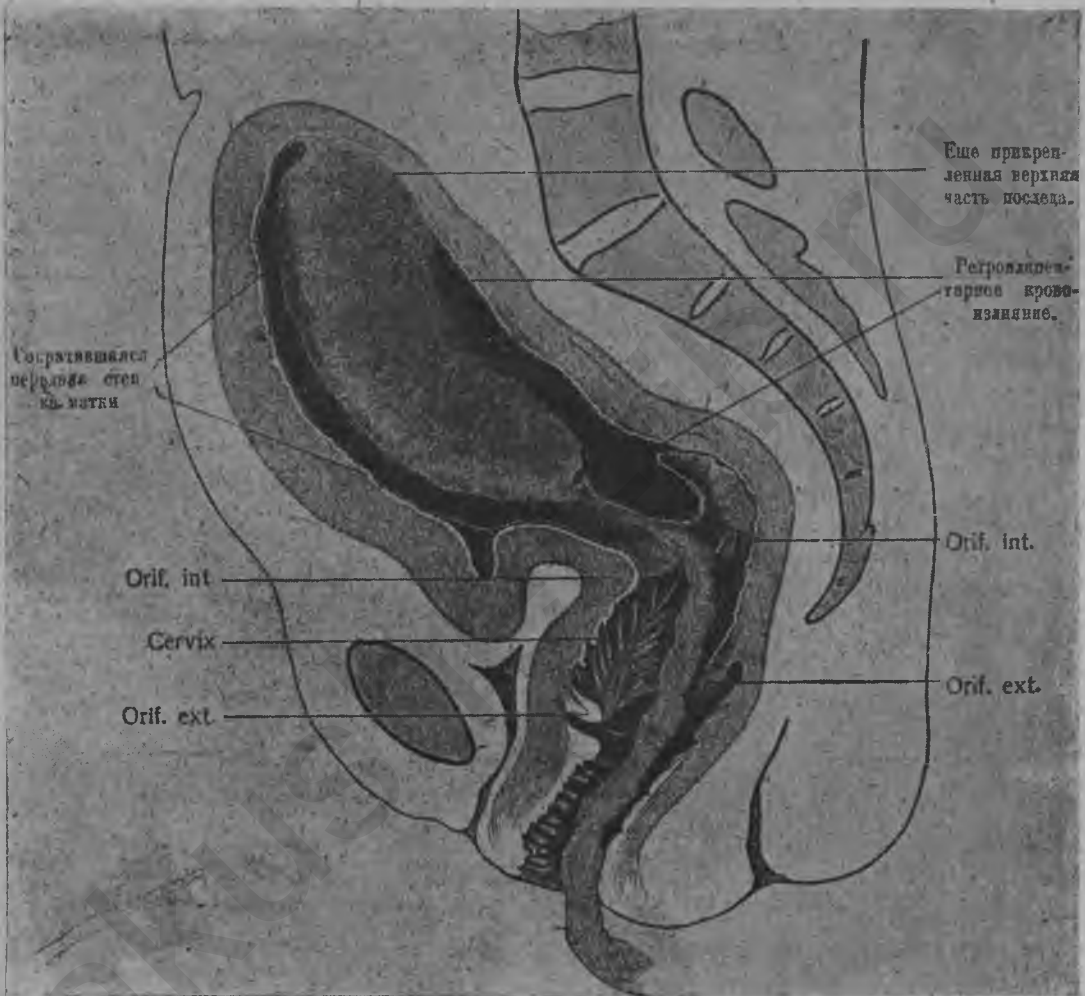


Рис. 90. Отделение плаценты по Duncan'y.

распространяется все выше и выше, пока не отделится вся материнская поверхность плаценты—несущественно. В первом случае между плацентой и стенкой матки образуется кровоизлияние из нарушенных маточно-плацентарных сосудов—ретроплацентарная гематома (рис. 89), окончательное отделение происходит вследствие все усиливающихся схваток, вследствие все увеличивающейся ретроплацентарной гематомы и в силу влечения опускающейся центральной части плаценты на края ее и на оболочки (отделение последа по Schultze). Во втором случае кровь не скопляется позади плаценты, а имея возможность стекать вниз, свободно истекает, плацента

опускается нижним своим краем вперед и в таком положении покидает матку (отделение последа по Duncan'у, рис. 90).

Весьма интересно знать, когда совершается этот процесс отслойки плаценты физиологически. Твердо установлено, что отделение детского места происходит не через полчаса и более по рождении ребенка, а гораздо раньше. Возможно, что процесс этот начинается уже во время последней изгоняющей плод потуги. Существует мнение, что в случаях, где по выходе головки плода туловище его немедленно извлекается, плацента в момент рождения плода еще держится на плацентарном месте, если же изгнание плода предоставляется силам природы, она к моменту рождения плода уже частично отделена (*Holzappel*). Отделение последа начинается с первой схватки, по рождении головки, безразлично, будет ли туловище еще в родовых путях или рожденным на свет. Окончательное отделение детского места совершается уже в последовом периоде и, по исследованиям *Stöckel'*я, в первую четверть часа. В среднем проходит 15,5 минут с момента рождения плода до рождения последа.

Если мы, согласно новейшим воззрениям, нормальную продолжительность последового периода считаем в 15 минут, то из этого далеко не следует, что по прошествии этих 15 минут можно или нужно приступить к удалению последа.

Последовый период всегда и неизбежно сопровождается кровотечением. Не может и не должно быть бескровного последового периода. Собирается ли кровь в ретроплацентарную гематому, истекает ли она свободно наружу, играет ли кровоизлияние лишь механическую роль или оно имеет более глубокое биологическое значение (ликвидация плеторы, выведение токсинов)—для нас безразлично; важно, что кровопотеря в последовом периоде явление физиологическое. Нам нужно знать, какова нормальная кровопотеря в последовом периоде. Многочисленные измерения теряемой крови установили, что кровопотерю в 200—400 даже до 500 $см^3$ надо считать нормальной. Наивысшая цифра физиологической кровопотери по *v. Jaschke*—600 $см^3$. Оставшаяся в физиологических границах, кровотечение не должно служить показанием к вмешательству. Повседневный опыт учит, что нет резкой грани между нормальной кровопотерей и патологическим кровотечением. Кровотечение в 1000 $см^3$ мы считаем большим, но для жизни женщины неопасным. Кровотечения в 1500 $см^3$ и больше угрожают жизни женщины.

Последовый период требует особенного к себе внимания со стороны врача-акушера. Из трех периодов родового акта он наиболее ответственный. Нет числа тяжким осложнениям, неисчислимы страдания женщины, происходящие вследствие неправильного ведения последового периода.

Еще со времени *Baudelocque'*а было общепризнано, что послед следует удалять лишь после его отделения, причем последнее устанавливалось внутренним исследованием. Послед извлекался двумя пальцами из родовых путей. Предложенный *Credé* в 1853 году знаменитый способ выжимания последа означал собою целый переворот в практическом акушерстве. Извлечение последа пальцами постепенно отошло в область преданий. К сожалению, в дальнейшем *Credé* стал требовать безоговорочного применения своего способа во всех случаях, и притом чем раньше, тем лучше. В долгом пребывании последа в матке он видел причину столь пугавшей акушеров задержки плаценты. *Credé* считал идеалом бескровный последовый период, он знал, что отделение последа есть результат последовых схваток, в своем способе он видел как бы помощь природе и советовал его применять, если не при первой, то при третьей, самое позднее при четвертой последовой схватке. Наступило время активизма в ведении последового периода. Увлечение *Credé* раскрыто *Dohrn'*ом и главным образом *Ahlfeld'*ом. Они доказали, что отделение последа требует времени, что последовый

период не может и не должен быть бескровным, что он начинается не с максимальной работы маточной мускулатуры, а с паузы. *Ahlfeld*'у принадлежит боевой клич: „Руки прочь от матки!“. Этим была дана диаметрально противоположная программа: друг против друга стали максимальный активизм *Credé* и крайний экспектаивизм *Ahlfeld*'а.

Если великий *Credé* впал в крайность, то и *Ahlfeld* оказался не вполне правым, требуя „абсолютного ничегонеделания“. Он хотел сохранить матке возможно дольше ретроплацентарную гематому, считая, что она действует как тампон—способствует тромбозу и преграждает путь микроорганизмам в матку. Теперь мы знаем, что ретроплацентарная гематома вовсе не есть неизбежный фактор в деле отделения последа, что прекращение кровотечения происходит вовсе не вследствие тромбоза сосудов, а в силу физио-



Рис. 91.

Рис. 92.

Живот женщины в последовом периоде по фотографическим снимкам, полученным при горизонтальном положении роженицы. (По *Бумму*.) а—тело матки спустя 5 минут после рождения ребенка; б—тело матки спустя 15 минут после рождения ребенка; с—выпячивание над лоном—послед, лежащий в выходной трубке.

логического сжатия сосудов мускулатурой (ретракция). Возможно, что закрытие сосудов путем тромбоза есть процесс сам по себе уже патологический, как то утверждает *Bumm*. Возможно далее, что суть здесь в свойствах самих сосудов, в своеобразной „децидуальной реакции“ сосудистых стенок. Как бы то ни было, истина должна лежать посередине. Крайнее воздержание от какого-либо вмешательства не может быть правильным уже потому, что матка при этом может наполниться большим количеством крови, причем кровотечение остается незамеченным, так как послед преграждает крови путь во влагалище и наружу. В таких случаях патология наступает исключительно как следствие схематического выжидания и „ничегонеделания“. Как естественное последствие подобных наблюдений явилось стремление ограничить или видоизменить „выжидание“ и установить над маткой известный контроль. *Schauta* впервые формулировал необходимый компромисс, указывая, что недостатком метода *Credé* является частота кровотечений, недостатком метода *Ahlfeld*'а—их чрезмерная сила.

Как долго ждать? Сам *Ahlfeld* показал пример, ограничивая выжидание и советуя выжимать послед по прошествии 2 часов по рождении мла-

денца. Может быть установка такого определенного срока и удобна с практической стороны, но она вряд ли имеет под собой научное основание.

Послед подлежит удалению в тот момент, когда это может быть сделано без всякого вреда. Раз мы признаем, что опасность заключается в нарушении физиологической работы матки по отделению плаценты, в несоблюдении естественной „ритмики сокращений“, то мы должны приступать к выжиманию последа по окончании процесса его отслойки. Выжимание последа в тот момент, когда он уже больше не стоит с связи со стенкой матки, когда он лежит как свободное инородное тело—не может причинить никакого вреда. Вот когда уместен метод *Credé*, и не только уместен, но и благодетелен.

Доказанное полное отделение от матки—вот самый ранний момент для выжимания его! Я говорю „самый ранний момент“ потому, что может быть медленно опускающаяся в сторону влагалища плацента при некотором выжидании наиболее совершенно и бережно потянет за собою яйцевые оболочки и своим давлением и натяжением оболочек послужит лишним раздражителем для сокращения матки (*Stöckel*).

Ясно, что мы должны знать опознавательные признаки завершившегося отделения последа. Вполне естественно, что сама матка должна нам дать исчерпывающие сведения о том, в какой фазе находится процесс отделения последа.

Матка в самом начале последового периода почти равномерно круглой формы и дном своим достигает уровня пупка. По мере отделения последа меняются ее форма и положение. Дно поднимается выше, на 5—6 см выше пупка, иногда почти до реберной дуги. Объясняется это важное изменение положения матки тем, что отделяющийся или отделившийся послед, опускаясь в выходную трубку, сам приподнимает подвижное тело матки.

К этому присоединяется активная ретракция пустой матки над последом, а также пассивное смещение кверху быстро наполняющегося мочевого пузыря. Далее, тело матки теряет свою круглую форму, делается уже, одновременно уплощаясь, так что можно уже говорить о краях его. Одновременно с этим становится видимым и ощутимым как бы „контракционное кольцо“, отделяющее сократившийся полый мускул от лежащего ниже в растянутом нижнем сегменте и во влагалище последа, образующего здесь, над лоном, мягкое подушкообразное выпячивание. Самое тело матки отличается чрезмерной подвижностью (рис. 91 и 92). Контуры матки вслед за рождением ребенка, после отделения последа и после рождения его изображены на прилагаемом схематическом рисунке, взятом у *Stöckel*'я (рис. 93).

Но не только матка дает нам ценные указания на то, что в это время в ней творится, ряд признаков дает нам и свисающая из половых частей пуповина.

В такой же мере и тем же темпом, как отделяется послед и опускается вниз, опускается и выдвигается из половой щели и пуповина (*Ahlfeld*). Это вполне понятно. Впрочем может случиться, что пуповина и не продвигается, ложась петлями во влагалище, в таком случае в самом начале выжимания по *Credé* из влагалища сразу выйдет значительный участок пуповины. Если наложена лигатура на пуповину у половых частей и лигатура отойдет от

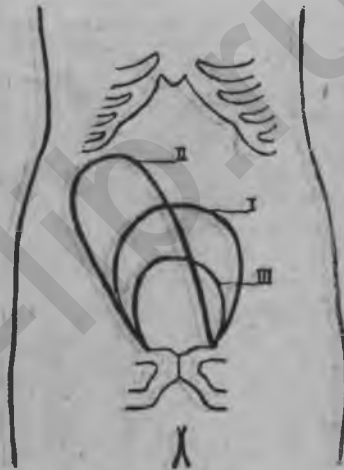


Рис. 93. I—положение матки после рождения плода; II—по отделении последа; III—по рождении последа.

них см на 10—это служит доказательством совершившегося отделения послета (признак Ahlfeld'a).

Практически важен признак, предложенный *Küstner*'ом (рис. 94): при надавливании снаружи над симфизом свисающая из половой щели пуповина втягивается внутрь, если плацента не отделена; она остается *in statu quo*, если она отделилась и лежит во влагалище. Без разъяснений понятен механизм этого ценного симптома. Но следует отметить, что иногда он явно положителен (пуповина втягивается), хотя фактически плацента уже лежит в выходной трубке. В этих случаях повидимому оболочки еще прикреплены к стенкам матки.

Остроумен признак, указанный *Strassmann*'ом: поколачивание по дну матки передается туго наполненной кровью пупочной вене.



Рис. 94. Положение руки при пробе *Küstner*'а.

Одной рукой мы перкутируем дно матки, другой рукой ощущаем волнообразный толчок в пуповине выше лигатуры. Этот симптом отсутствует, если плацента уже отделилась от стенки матки.

Менее надежен признак *Hochenbichler*'а: во время сокращения матки свисающая пуповина при неотделившейся плаценте вращается вокруг своей оси в силу переполнения пупочной вены кровью.

Наконец и сама плацента дает указания, что она отделилась и спустилась в выходную трубку. В таком случае роженица ощущает давление на прямую кишку. В последнее время *v. Mikulicz-Radecki* и *Calmann* особенно обратили внимание на этот

позыв на-низ, как на признак уже совершившегося отслоения послета.

Предложение *Stöckel*'я путем ректального исследования определить, лежит ли послед в выходной трубке, не оправдал себя, так как лежащие во влагалище сгустки могут симулировать послед.

Недавно *Klein* предложил новый метод распознавания отделения послета: он советует отдавливать матку книзу или предлагает роженице сильно натужиться. При этом торчащая из половой щели пуповина вытягивается. Если по прекращении низдавливания матки пуповина не уходит обратно, значит послед отделился от матки; если же пуповина уходит обратно, послед еще соединен с маточной стенкой.

Вы видите, что в нашем распоряжении целый ряд признаков отделения послета в последовом периоде, исходящих как от матки, так и от пуповины и от плаценты. Благодаря им мы имеем возможность следить за процессом физиологического отделения послета.

Трудно сказать, который из перечисленных признаков—наиболее верный. Этот вопрос послужил темой для работы Чукалова (указано, 1926), в которой автор приводит материал в 300 родов. Верными оказались:

признак Schröder'a	в 97%
„ Ahlfeld'a	в 95%
„ Küstner'a	в 98,5%
„ Mikulicz-Radecki	в 29%
„ Klein'a	в 100%.

Спрашивается, как же вести этот период родов? Какого образа действий придерживаться?

В настоящее время мы знаем несколько методов ведения последового периода.

1. Активный метод Credé: по рождении плода немедленно вызываются сокращения матки и вскоре же выжимается послед.
2. Крайне консервативный метод Ahlfeld'a (первоначальный). Абсолютное невмешательство до самопроизвольного рождения послета.
3. Дублинский метод контроля над маткой: после рождения младенца рука бережно кладется на дно матки (локтевым краем вертикально к позвоночнику) и, не производя никакого давления, следит за изменениями матки.
4. Модифицированный метод Ahlfeld'a. Вначале невмешательство, при контроле пульса и кровоотделения; спустя 1½ часа выжимание по Credé.
5. Комбинированный метод: выжидательный образ действий при периодическом контроле за маткой и выжимание послета, когда упомянутые признаки указывают на совершившееся отделение его.
6. Метод Joseph Våg: сперва выжидание, затем натуживание роженицы при приподнятии брюшных стенок, взятых руками акушера продольно в складку (лучше при вытянутых и разведенных ногах роженицы). Это метод есть не что иное как прием, описанный Абуладзе. Он дает успех по автору в 86%, по Микеладзе—в 97% случаев.
7. Метод Lichtenstein'a: по отслоении послета роженица присаживается и, натуживаясь, сама рождает послед.
8. Метод Max Samuel'я: роженица максимально пригибает ноги в тазобедренных суставах к животу, руками удерживает ноги в подколенных сгибах и натуживается, приподнимая голову; послед выходит на высоте потуги.
9. Метод Эпштейна: двумя руками выше дна матки вдавливается брюшная стенка по направлению книзу, где и удерживается; одновременно больной предлагают натужиться, при потуге выходит послед.

Нечего говорить, что наиболее употребителен комбинированный метод (5). Он рационален потому, что допускает вполне физиологическое отделение послета. Он запрещает столь вредную полипрагмазию, всякое механическое раздражение матки, могущее нарушить силу и ритмичность последовых схваток. Последнее особенно вредно и чревато подчас тяжелыми осложнениями. Бесчисленны беды, причиненные бессмысленными растираниями, разминанием матки. Последствием подобного „массажа“ являются кровотечения, стриктура матки, отрыв долек плаценты, задержка оболочек и т. п. „Руки прочь от матки“—гласит мудрое „Memento“ в последовом периоде.

В дальнейшем, отделившийся послед, лежащий как инородное тело в выходной трубке, выжимается, причем техника выжимания ничем не отличается от приема Credé. Тут же упомяну, что *Stöckel* считает нерациональным выжимать послед непосредственно вслед за отделением плаценты, он советует выждать до тех пор, пока и оболочки отслоятся и послед опустится во влагалище. А этот момент наступает, когда и дно матки стоит высоко, пуповина не втягивается при приеме *Küstner'a* и появилось давление на прямую кишку.

Каждый врач-акушер знает, что нет числа случаям, когда наступающее кровотечение нарушает принятый план ведения последового периода. Кровотечение, наружное или внутреннее, понуждает к вмешательству. Наружное кровотечение вы увидите, если разведете бедра роженицы или если при сомкнутых бедрах кровь потечет по желобу между бедрами к коленам. Кровотечение в полость



Рис. 95. Выжимание последа по Credé.



Рис. 96. Положение руки при приеме Credé и при *expressio placentae*.

матки обнаружить труднее. Легкий контроль рукой укажет на увеличивающийся объем матки, на ее мягкую консистенцию. Важнее состояние пульса. Правда, можно видеть и хороший пульс в 90—100 ударов в минуту при значительном внутреннем кровотечении. Все же учащение его и мягкость дадут ценные указания. Тут же следует упомянуть, что нередко учащенный в периоде изгнания пульс становится аритмичным, прежде чем перейти в характерную для последового периода брадикардию. *Stöckel* считает эту транзиторную аритмию прогностически хорошим признаком и видит в ней переход к физиологическому замедлению пульса.

По отделении последа приступают к его выжиманию. Как часто приходится наблюдать, как начинающий врач или неопытная акушерка производят выжимание последа по Credé, без соблюдения самых важных предпосылок; немудрено, что у них весьма часто выжимание остается безуспешным. Но это еще полбеда! Ужасно то, что неправильный Credé нередко влечет за собою те же печальные последствия, как и разминание матки

в начале последового периода (патологические кровотечения), и далеко не безопасен в смысле возможности получения выворота матки.

Техника выжимания послета такова:

Момент 1. Опорожнение пузыря. Известно, что переполненный пузырь задерживает сократительную деятельность матки (не только рефлекторно, но и механически); он влияет задерживающе на физиологическое отделение послета в 3-м периоде родов. С другой стороны, не подлежит сомнению, что катетеризация пузыря—манипуляция далеко не безразличная. Мочевой пузырь только-что родившей младенца женщины представляет собою орган травмированный (отек сфинктера, *trigonum'a*, подэпителиальные гематомы), он чрезвычайно восприимчив к инфекции, попадающие в него при катетеризации микробы легко вызывают цистит, что мы и видим зачастую. Имея это в виду, мы не будем катетеризовать пузырь в каждом

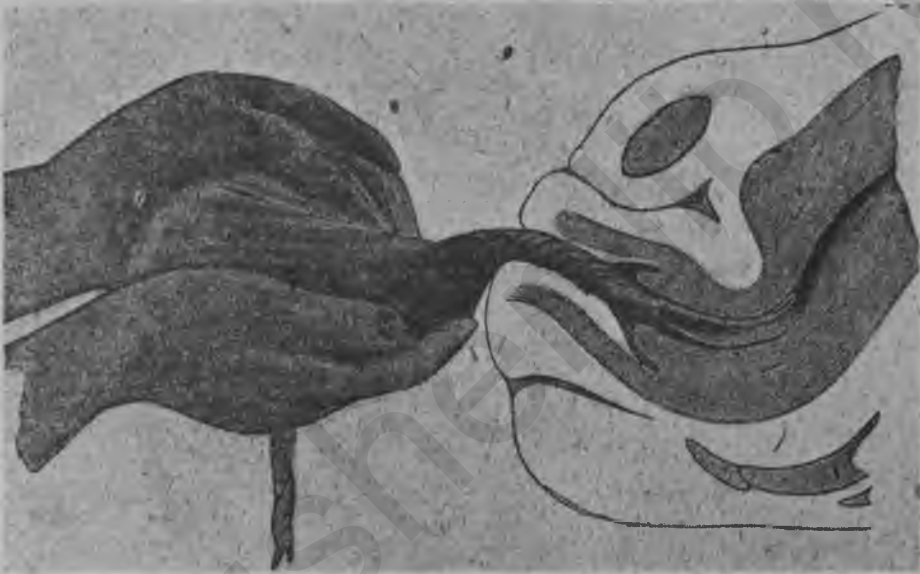


Рис. 97. Скатывание оболочек в канатик.

случае выжимания послета. Если пальпация укажет, что мочи в пузыре мало, мы приступим к *Credé*, не выпуская мочи, она во время выжимания сама отойдет через уретру; при значительном его наполнении я все же советую ввести катетер, конечно при соблюдении всех асептических предосторожностей.

Момент 2. Матка ставится по средней линии. Известно, что матка в силу физиологического лордоза позвоночника отклоняется в сторону, обычно вправо, каковая декстрорверсия особенно рельефно выступает в последовом периоде. Если не поставить ее в среднюю линию живота, то правильное выжимание становится невозможным; и я неоднократно наблюдал, как при несоблюдении этого правила рука акушера обхватывала не дно матки, а левый ее бок.

Момент 3. Матку нужно привести в состояние максимального сокращения. Нельзя выжимать вялую, расслабленную матку, это определенно опасно и легко может повести к вывороту ее. Наилучший способ сокращения состоит в медленном круговом массаже дна матки одним-двумя пальцами. Не следует мять матку или грубо ее растирать. Полагаю, что наи-

более целесообразно „щекотать“ дно матки 4-м и 5-м пальцами бережно положенной на дно матки руки.

Момент 4. Матку нужно правильно обхватить. Величина матки и величина руки акушера—величины разные. Пальцы выжимающей руки должны быть *ad maximum* разведены, чтобы обхватить по возможности все дно матки. Общеизвестно, что ладонь должна прийтись на дно, большой палец лечь на переднюю поверхность, 4 пальца на заднюю поверхность матки (рис. 95).

Для правильного обхватывания матки, она переводится в сильную степень антефлексии, в дальнейшем же для рационального приложения выжимающей силы ставится в положение ретроверсии.

Момент 5. Собственно выжимание: рука, захватившая матку, низдавливают ее по направлению книзу и кзади, по направлению крестцовой



Рис. 98. Способ автора.

впадины. Матка служит твердым поршнем, внедряющимся в выходную трубку и выталкивающим лежащий в ней послед (рис. 96). В это время мы видим, как пуповина все более и более выдвигается наружу, промежность выпячивается, половая щель раздвигается и в ней появляется плацента, выходящая или плодовой своей поверхностью вперед (по Schultze) или нижним своим краем (по Duncan'y). За последом тянутся оболочки, свертывающиеся в жгут.

Это важный момент. Выжимание кончено; отпустите матку и позаботьтесь о том, чтобы оболочки вышли полностью. Для этого возьмите вышедшую плаценту в обе руки (рис. 97) и вращайте ее в направлении часовой стрелки, чтобы оболочки свернулись в канатик. Полезно в этот момент пригласить пациентку приподнять таз. Таким путем легче всего предупредить отрыв и задержку оболочек.

Уже несколько лет в нашей клинике применяется другой способ выжимания отделившегося послеста. Техника его проста и сводится к следующему

щему: акушер становится сбоку от роженицы лицом к ее ногам, как при 3-м приеме Leopold'a. Первые два момента обычны: опорожнение мочевого пузыря в случае его наполнения, выведение матки на среднюю линию. 3-й момент: руки, сжатые в кулаки, кладутся тыльной поверхностью основных фаланг на дно матки в области трубных углов наискось. 4-й момент: собственно выжимание; вначале слабо, затем постепенно усиливая, надавливаем на матку в направлении книзу и кнутри, при этом послед медленно рождается из половой щели (рис. 98 и 99).

В продолжении всей этой манипуляции мы просим роженицу не натуживаться; таким образом выделение послета совершается без активного участия роженицы.

В своей статье д-р В. И. Евсеев дает отчет о 200 случаях выведения послета по моему способу. Способ применялся лишь по отделении послета, которое определяется во всех случаях по признакам Küstner'a, Schröder'a и Ahlfeld'a, а отчасти и Strassmann'a. Первородящих было 104, повторнородящих—96. В большинстве случаев от рождения ребенка до применения способа прошло 25—40 минут. Во всех случаях последы и оболочки оказались без дефектов.

Преимущество способа я вижу в его простоте, полной безболезненности, в отсутствии травматизации как брюшных стенок, так и матки, и наконец в невозможности получить выворот.

Повторяю, мой способ пригоден только для случаев физиологических, для выведения уже отделившегося послета.

Послед родился, родовой акт закончен, но не закончена деятельность врача. На нем лежат 4 заботы.

1. Он должен тщательно осмотреть послед. Лишь убедившись в том, что плацента и оболочки вышли полностью, он может свою задачу по отношению к последнему периоду родов считать исполненной.

2. Он должен осмотреть промежность и преддверье влагалища. Обнаружив разрывы, он должен готовиться к наложению швов.

3. Он должен убедиться в удовлетворительной и длительной ретракции матки. В первые часы послеродового периода возможно расслабление матки. Гипотоническое состояние матки даст о себе знать кровотечением наружным, а иногда и внутренним. Если матка в течение 2 часов остается плотной и дно ее стоит значительно ниже пупка и нет патологического кровотечения, врач может оставить родильницу на попечение акушерки.

4. Забота о ребенке. Сюда входят: уход за пупком, профилактическое введение в конъюнктивальные мешки раствора ляписа или протаргола, обследование ребенка в целом (отсутствие уродств, жизнеспособность, измерение), взвешивание).

После краткого обзора последового периода и изложения ведения его вернемся к нашей больной.



Рис. 99. Способ автора.

Вслед за перинеотомией родился младенец (9 час. 45 мин.). Кровотечение умеренное, последовый период протекает повидимому нормально.

Какого образа действий держаться?

1. Надо ждать наступления признаков отделения последа, после чего выжать его по Credé.
2. Надо вести последовый период экспектативно и вмешаться лишь при наступлении показаний, напр., кровотечения.

Вы склонны к консервативному ведению последового периода. Действительно из изложенного нами ясно, что наилучшим образом действий будет невмешательство в тонкую работу природы. Полипрагмазию следует отвергнуть как абсолютно вредную. Но из этого не следует, что мы можем оставить нашу пациентку без наблюдения. Мы будем следить за ее общим состоянием, за пульсом (!), за кровотечением, за состоянием матки, время от времени нежно прикасаясь рукой к ее дну. Если процесс отделения последа пойдет физиологически, если отделившийся послед начнет опускаться, покидая полный мускул и постепенно переходя в выходную трубку, то мы увидим, что уже минут через 5 по рождению младенца лигатура, наложенная на пуповину, отойдет от вульвы на значительный кусок. Этот положительный признак Ahlfeld'a с несомненностью укажет, что процесс опущения последа книзу уже начался. Спустя 2—3 минуты, значит минут через 7—8 по рождении младенца, мы имеем уже симптом Küstner'a налицо: при надавливании лучевым краем кисти над лоном пуповина больше не втягивается во влагалище, оставаясь неподвижной. Этот признак укажет, что плацента покинула полный мускул и вошла в выходную трубку (или влагалище), но оболочки может быть еще не покинули тела матки.

Определить начало появления признака Schröder'a не удастся: матка отходит вверх и вправо медленно и постепенно, одновременно становясь плосче и уже. Но самый процесс идет параллельно и одновременно с процессом выхождения последа из полого мускула. Таким образом можно так формулировать значение 3 обычных признаков отделения последа (*Frommolt*): признак Ahlfeld'a—послед начинает опускаться; признак Schröder'a—послед выталкивается из полости матки; признак Küstner'a—плацента лежит во влагалище, оболочки, если лежат еще в полном мускуле, то не настолько крепко там прикреплены, чтобы тянуть за собой плаценту вверх.

В этих признаках мы действительно имеем ценный и вполне достаточный критерий для суждения о течении последового периода. Руководствуясь ими, мы можем раз навсегда установить правильный способ ведения последового периода, а именно:

До наступления признаков отделения последа—крайний консерватизм при условии наблюдения за состоянием роженицы и состоянием матки.

После отделения детского места—выжимание последа по Credé.

9 час. 50 мин. Пульс 80. Кровотечение ничтожно. Признаков отделения последа нет.

10 час. 15 мин. Ahlfeld положителен, Schröder выражен слабо. Küstner отрицателен. Прошло полчаса с момента рождения ребенка. Хотя кровотечения нет, мы все же не можем назвать течение последового периода вполне физиологическим. Процесс отделения последа очевидно замедлен.

10 час. 30 мин. Кровотечение несколько больше. Schröder выражен слабо, Küstner отрицателен. Мы заключаем, что послед, если и отделяется, то небольшим участком, большая часть его в полном мускуле и повидимому еще прикреплена.

Есть ли показания к вмешательству? Конечно нет! Мы можем ждать, потому что кровотечение ничтожно, и если оно не усилится и не послужит само показанием к вмешательству, мы будем ждать и час, и два, и даже больше. Много спорили о том, сколько можно ждать в последовом периоде,

если нет показаний к вмешательству (кровотечение наружное или внутреннее, эклампсия, повышенная температура и проч.). Одни авторы настаивают на выжимании последа спустя полчаса после рождения ребенка, другие, впадая в крайность, разрешают ждать и сутки, и двое, и даже больше.

Истина конечно посередине. Я полагаю, что при отсутствии показаний можно ждать 4 часа. В таких случаях матка часто „ленива“, она нуждается в отдыхе для того, чтобы развить вновь сократительную деятельность. Матка как бы не желает принять меры к опорожнению своей полости. Если такое инертное состояние матки длится несколько часов, это вряд ли может принести какой-либо вред. Боязнь старых акушеров, что за это время может наступить спазм внутреннего зева и благодаря ему ущемление последа, оказалась необоснованной.

Судорожные сокращения внутреннего зева—всегда результат раздражения мускулатуры или механического (растирание, массаж, нерациональные попытки к выжиманию), или лекарственного воздействия (прием спорыньи).

Incarceratio placentae—всегда следствие ненужного, преждевременного или технически неправильного вмешательства.

Боязнь восходящей инфекции преувеличена. Правда, при слишком долгом выжидании инфекционное начало может по пуповине распространиться вверх в полость матки, но оно достигнет при неотделившейся плаценте разве что внутренней поверхности яйцевой полости, а отнюдь не стенки матки или плацентарного места с его межворсистыми пространствами.

Конечно, ждать сутки—недопустимо, да и негуманно. Выжидание в течение нескольких дней (*Lindig*) должно быть решительно отвергнуто. Наиболее правильным мне кажется совет *Stöckel'*я: ждать 3—4 часа, если нет показаний к вмешательству.

Мы решили ждать. В 10 час. 45 мин. внезапно началось сильное кровотечение. Кровь идет алой струей. Пульс 100. Послед не отделился.

Что произошло? Что делать?

1. Кровотечение объясняется недостаточной ретракцией матки, зависящей от неполного опорожнения ее. Необходимо удалить послед и этим дать матке возможность сократиться.
2. Кровотечение зависит от разрыва мягких частей где-либо на протяжении родового канала.

Всякое кровотечение в последовом периоде должно рассматривать или как кровотечение „от разрыва“ или как кровотечение „не от разрыва“. Эти последние кровотечения принято называть атоническими. Сюда входят все кровотечения, превышающие по силе своей физиологическую кровопотерю и не зависящие от какого-либо повреждения мягких родовых путей. В таких случаях наблюдается недостаточное сокращение матки—атония или вернее гипотония ее: или матка не может освободиться от своего содержимого, потому что тонус ее понижен (гипотония), или же она временно гипотонична, потому что она не освободилась от своего содержимого.

Здесь не место для подробного изложения понятия о гипотонии. Вы знаете, что тонус матки бывает чрезвычайно различен. Схватка, пауза, недостаточная родовая деятельность, атония, столбняк матки, длительная ретракция—все это эмпирически найденные названия для разных состояний тонуса матки (*Stöckel*).

В настоящее время установлено, что „абсолютная атония“ не существует. Существует лишь более или менее значительное понижение тонуса. Этим пониженным тонусом и должны быть объяснены все кровотечения из полости матки, наблюдаемые в последовом периоде и не зависящие от каких-либо разрывов. Гипотония есть не что иное, как недостаточное сокра-

шение и недостаточная возбудимость матки. Причиной гипотонических кровотечений могут быть самые разнообразные моменты: прикрепление плаценты в нижнем сегменте (предлежание последа), прикрепление плаценты в трубном углу, слишком обширная площадь прикрепления последа, наличие в стенке матки фибромиомы, недоразвитие матки, пороки развития ее (*uterus septus, bicornis, unicornis*), паралич плацентарного места, воспалительные изменения стенок матки, конституциональная астения, может быть особенные свойства самой крови, и наконец самая частая и практически самая важная причина атонии—неправильное ведение последового периода.

Я уже указал на огромный вред, который приносят всякого рода несвоевременные и ненужные манипуляции над маткой в последовом периоде. Бесчисленны случаи, где последовый период принял патологическое течение именно благодаря действию рук человеческих! Никакие внешние механические раздражения не могут заставить матку развить свою физиологическую сократительную деятельность, они лишь внесут беспорядок в точную работу природы, они нарушат ритм сокращений, отслоят частично плаценту— в результате чего матка становится гипотоничной. Последствием же гипотонии является кровотечение.

Отличить гипотоническое (атоническое) кровотечение от кровотечения из разрывов нелегко. Принято считать, что кровотечение из разрывов начинается всегда непосредственно по рождении ребенка. Обычно это действительно так, но не исключена возможность и более позднего начала кровотечения из разрывов, что можно объяснить временной тампонацией кровоточащего места плацентой. При кровотечении из разрыва кровь обычна алая, артериальная, но не забудьте, что и при атонии течет артериальная кровь. Сила кровотечения также не имеет большого дифференциально-диагностического значения. Правда, по выхождении последа диагноз поставить легче: если матка хорошо сократилась и пришла в состояние длительной ретракции, а кровотечение алой струей продолжается, диагноз кровотечения из разрыва становится более чем вероятным. А до рождения последа?

В нашем случае кровотечение из разрыва весьма мало вероятно. Период изгнания протекал физиологически, младенец родился самопроизвольно, в течение первого часа последового периода патологического кровотечения не было, оно началось внезапно, когда повидимому наступило какое-то нарушение нормального процесса отделения плаценты. А что действительно отделение плаценты затянулось, что последовые схватки не справились или не вполне справились со своей задачей, это очевидно. Хотя и есть указания на то, что плацента начинает частично отделяться (положительный Ahlfeld), все же до полного отделения ее еще далеко (отрицательный Küstner). Мы имеем полное основание предположить, что произошло лишь частичное отделение последа, что матка в силу неотделения плаценты по всей площади своего прикрепления не может прийти в состояние длительной ретракции, что часть плацентарного места гипотонична, что из зияющих сосудов его и происходит атоническое кровотечение.

Из этих соображений вытекает план терапии кровотечения.

Послед должен быть удален и притом немедленно. Методом выбора естественно является выжимание его по *Credé*.

Правда, в данном случае выжимание будет производиться при неполном отделении плаценты, оно будет значительно труднее, чем при последе, лежащем в выходной трубке. Было даже предложено проводить грань между выжиманием отделившегося последа, называя его „*Stempeldruck*“ и настоящим *Credé*, т. е. выжиманием неотделившегося последа. Каждый врач-акушер знает эту разницу и все-таки мы не имеем никаких оснований

вводить новое название для легкого выжимания, сохраняя имя *Gredé* для трудного. Техника „Stempeldruck“ и техника выжимания по *Gredé* одинакова, качественного различия нет, разница только количественная.

Мочевой пузырь пуст, матка шарообразная, мягкая, дно ее несколько выше уровня пупка и отклонено вправо. Оператор, стоя слева от роженицы, правой своей рукой поставил матку по длинной оси туловища, медленными, круговыми движениями пальцев произвел раздражение дна матки, при этом консистенция матки быстро стала меняться, матка стала плотной. На высоте сокращения оператор расположил кисть руки на матке так, что ладонь его пришлось на дно, большой палец на переднюю, 4 остальных пальца на заднюю поверхность матки и произвел постепенно усиливающееся давление на матку по направлению тазовой полости. Во время этой манипуляции пуповина сразу подалась из половой щели на значительный кусок, кровотечение усилилось, через минуту промежность выпятилась, половая щель раздвинулась и из нее, при непрекращающемся давлении сверху на матку, показалась плацента, покрытая своей водной оболочкой. Еще через минуту вся плацента вышла из родовых путей, увлекая за собой оболочки. Выжимание прекращено. Акушерка приняла послед, пациентке было предложено приподнять таз, оболочки вышли из влагалища, влекомые отвисающей плацентой. Кровотечение сразу прекратилось (10 час. 50 мин.).

Матка сокращена хорошо, не обнаруживает тенденции к расслаблению.

Послед осмотрен: строение его губчатое, дефектов нет, размеры 17×18. Оболочки плотные, все, разрыв их боковой. Вес последа 500. На рану от перинеотомии наложены швы: 2 на стенку влагалища, 1 на спайку, 3 на кожу промежности. Под кожу впрыснут 1 см³ 10% раствора эрготина, на живот положен мешок со льдом. Общее состояние вполне удовлетворительное. Пульс 80. Кровотечение не возобновлялось.

Интерес случая. У первородящей период изгнания длится необычно долго. Во время прорезывания головки становится очевидным, что разрыв промежности неминуем. После перинеотомии по Отту, рождается плод. Последовый период ведется консервативно. Спустя час признаки отделения последа не наступают. Начинается сильное кровотечение, которое признается гипотоническим. Производится гипически выжимание по *Gredé*. Кровотечение немедленно прекращается. Зашивание разреза промежности.

Случай 38-й.

Анастасия М., 23 лет (№ приемного журнала 6349), поступила в больницу 26 апреля 1925 года в 23 часа 20 минут для родоразрешения.

Из анамнеза мы узнаем, что М. всегда была здорова. Замужем 3 года. Родила 1 раз, 2 года тому назад, преждевременно (около 7 мес.). Послеродовой период без осложнений. Последние регулы были 19 августа 1924 г. Время первого движения плода не помнит.

Беременность протекала без особенностей. Родовые боли начались утром в день поступления, т. е. 26 апреля в 7 часов. Роженица производит впечатление крепко сложенной, здоровой женщины. Размеры таза: 26—29—32—19. По наружному исследованию: первое затылочное положение. Спинка слева, головка неподвижна во входе в таз. Сердечные тоны плода слева ниже пупка. Потуги начались при целом пузыре. 27 апреля в 2 часа отошли воды на высоте потуги. В 2 часа 15 минут родился плод, женского пола, живой, доношенный. Вес ребенка 2950 г.

В 2 часа 40 мин. появился признак *Ahlfeld'a*, т. е. пуповина продвинулась книзу, лигатура, наложенная на нее у половых частей, отошла от вульвы. Признак *Schröder'a* отрицательный: матка не поднимается, остается на уровне пупка. Признак *Küstner'a* не наступает: при надавливании краем кисти над лоном пуповина втягивается вглубь влагалища. Такого рода оригинальное явление мы согласно опыту можем расшифровать так: признак *Ahlfeld'a* указывает на то, что послед начал опускаться

внизу; отрицательный симптом Schröder'a говорит: плацента не покинула еще полого мускула; отсутствие признака Küstner'a с определенностью доказывает, что плацента не в выходной трубке. Сделаем еще пробу Strassmann'a. Я прошу помощника энергично перекутировать дно матки, бережно беру в руку пуповину выше лигатуры: я ощущаю удар волны, но слабее обыкновенного.

Каков диагноз, какова терапия?

1. Повидимому детское место не отделилось. Прошло всего 25 минут. Никаких показаний к вмешательству нет. Надо ждать.
2. Так как признак Ahlfeld'a положительный, надо полагать, что произошло частичное отделение детского места. Надо ждать полного отделения плаценты. Лишь кровотечение может заставить вмешаться раньше.

Я полагаю, что диагноз тут ясен. Детское место начало опускаться, значит оно хотя бы частично отделилось. Но оно еще не покинуло полости матки, значит оно еще частично прикреплено к матке.

Что касается терапии, то пока у нас разногласия нет: никаких показаний к вмешательству нет—надо соблюдать строжайший консерватизм.

Вскоре при натуживании роженицы можно было видеть в половой щели край детского места. Наш диагноз подтвердился. В 4 часа 20 минут (т. е. 2 часа 5 мин. после рождения плода) началось значительное кровотечение.

Проверяя обычные симптомы, мы получаем то же, что и раньше, мы видим, что послед целиком не вышел из полости матки, что он частично еще прикреплен. Итак мы имеем кровотечение в последовом периоде вследствие неполного отделения детского места. Ясно, что показания к активному вмешательству налицо.

Прежде, чем перейти к изложению операции, обсудим вопрос о причинах задержки послета.

Тут на первом месте стоит так называемая стриктура матки. Под этим названием следует понимать спазм циркулярной мускулатуры матки, большей частью в области внутреннего зева. Понятно, что даже вполне отделившийся от стенки матки послед не может выйти из полости матки, раз внутренний зев спазматически сокращен и проходим лишь для 1—2 пальцев (рис. 100). Этиологию подобной „стриктуры“ нужно искать в механических раздражениях, которым подвергается весьма часто матка со стороны врача или акушерки вслед за рождением ребенка. Добрая половина всех акушеров почему-то считает нужным по рождении ребенка класть руку на матку, массировать ее, иные даже весьма старательно разминают ее. Вот эти то манипуляции не только бесполезны, но и определенно вредны, потому что они в корне нарушают физиологическое чередование последовых сокращений матки, они ведут к судорожным сокращениям всей матки и весьма часто к судорожным сокращениям циркулярных мышц внутреннего зева: в результате „стриктура“ матки и задержка послета. Неудивительно далее, что судорожное сокращение матки является результатом несвоевременного применения препаратов спорыньи. Никогда не следует забывать: впрыскивать эрготин можно лишь после выхода послета, а в последовом периоде ни в коем случае. Далее нужно остановиться на оригинальной причине задержки послета: я говорю о прикреплении детского места в трубном углу—Tubepeskeplacenta (рис. 101). В таком случае рукою можно определить, что один из трубных углов матки выдается в виде обособленного полушаровидной формы выпячивания, отделенного от остального тела матки перетяжкой. Может быть и тут есть спазм мускулатуры, вызванный нерациональным механическим раздражением; может быть виною сильное истон-

чение того участка маточной стенки, к которому прикреплено детское место, как думает *Vitt.* Как бы то ни было, в результате получается как бы частичное отшнурование полости трубного угла от остальной полости матки. В этом роге и задерживается детское место.

Значительно реже изложенных явлений бывает настоящее приращение плаценты (*placenta accreta*). В основе лежит глубокое внедрение ворсин в миометрий. Приращение плаценты на всем ее протяжении—явление исклю-



Рис. 100. Задержка последа. Стриктура внутреннего зева.

чительно редкое. Понятно, что при этом не может быть и кровотечения. Подобных случаев описано ограниченное число. Практическое их значение невелико. *Reeb* (Страсбург) нашел в литературе всего 25 случаев *plac. accreta*. Из них умерло 19. В своем случае, после безуспешной попытки ручного отделения, он ампутировал матку. Автор рекомендует при настоящей *plac. accreta* не настаивать ни на ручном отделении, ни на тампонаде, а предпринять удаление матки.

Klaften (Вена, 1929) отмечает 5 случаев на 70 000 родов. Смертность при консервативной терапии 87,5%, при оперативном лечении 14,3%. Чаще бывают частичные приращения, когда лишь 1—2—3 дольки пла-

центры находятся в патологически интимной связи со стенкой матки, большая же часть отделяется физиологически. Понятно, что в этих случаях кровотечение неминуемо, потому что до полной отслойки плаценты ретракция матки не может быть совершенной. Вопрос о приращении детского места далеко еще не решен. Повидимому, надо различать *placenta adhaerens* и *placenta accreta*. Вероятно обе аномалии—разные степени одного и того же процесса, а именно недостаточности или отсутствия *deciduae basalis*.

Вкратце упомяну еще, что бывают, хотя и редко, особенности в строении самого детского места, могущие значительно затруднить отделение и выделение последа, а именно, *placenta membranacea*, *placenta marginata* и *placenta succenturiata*. Наконец я хочу указать на одну из обыденных причин задержки последа, на переполнение мочевого пузыря. Я неоднократно видел сильные кровотечения в последовом периоде, зависевшие от атонии матки вследствие переполнения мочевого пузыря. В таких случаях плацента может даже отделяться вполне физиологически, выделение же ее не происходит. Тем временем наступает атоническое состояние матки, сопровождающееся кровотечением. Обычная ошибка заключается в том, что сразу начинают выжимание по Credé, в то время как надо начать с катетеризации пузыря. По опорожнении пузыря послед чаще всего выходит тут же, даже до применения способа Credé.

Эту последнюю причину задержки последа я особенно подчеркиваю.

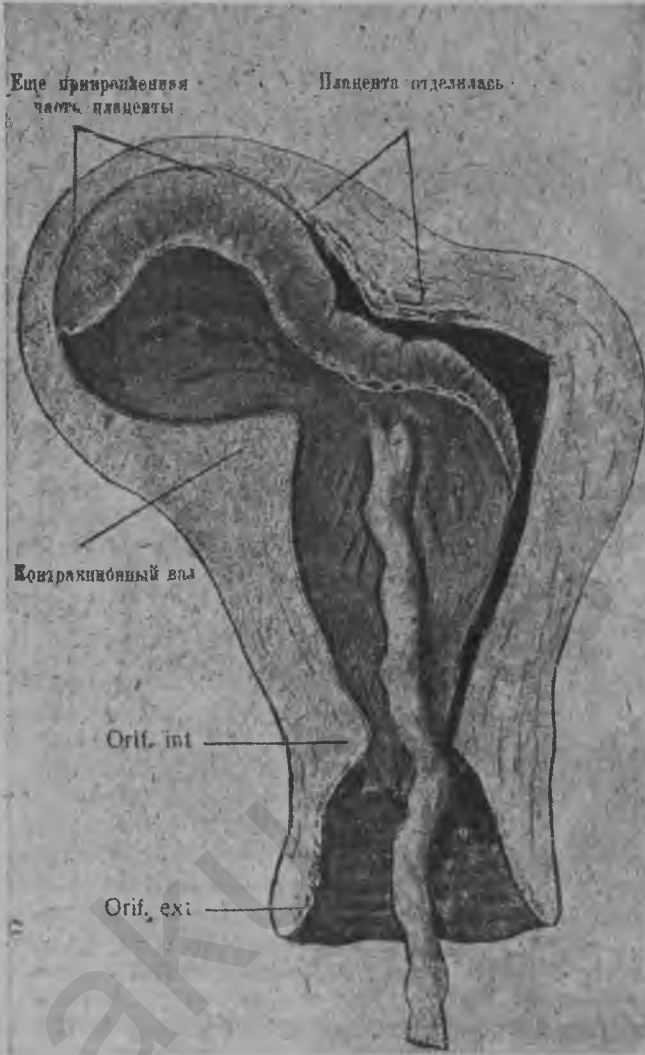


Рис. 101. Плацента, сидящая в трубном углу.

Какая же причина задержки в нашем случае?

Вряд ли мы можем ожидать встретить стриктуру матки. Нет никаких этиологических моментов для спазма внутреннего зева. Периоды раскрытия и изгнания плода протекли вполне физиологически. Даже внутреннее исследование не было сделано. После рождения младенца никто не прикасался к матке. Мы исключаем всякое механическое раздражение матки. А посему спазм внутреннего зева можно исключить.

По той же причине можно отклонить и стриктуру в области рога матки, тем более, что рука, бережно положенная на дно матки, выпячивания углов матки не определяет. Весьма важно далее, что при натуживании роженицы в половой щели показался край последа, значит часть его во влагалище.

Мочевой пузырь пуст, роженица недавно мочилась; и наощупь мы пузыря не определяем.

Вернее всего, что мы имеем дело с приращением детского места и притом частичным. Допустив это сравнительно редкое осложнение последового периода, мы можем себе объяснить всю клиническую картину. Под влиянием последовых сокращений матки детского места на большей части своего протяжения отделилось от плацентарного места; некоторые же дольки не могут отделиться в силу их интимной связи со стенкой матки. Сокращения матки частично изгнали детское место из полого мускула, часть плаценты, вероятно нижний ее отдел, опустилась во влагалище. Полной ретракции плацентарного места произойти не может: начинается кровотечение из маточно-плацентарных сосудов.

Ясно, что последовый период глубоко патологичен. По *Stöckel*'ю мы называем последовый период патологическим, если:

- 1) отделение плаценты не происходит вовсе или запаздывает,
- 2) если отделение плаценты и оболочек происходит частично, так что задерживаются те или иные части,
- 3) если не удастся изгнание уже отделившейся плаценты и
- 4) если кровотечение во время отделения плаценты или после него слишком велико.

В эти 4 графы укладывается вся патология последового периода. Наш случай характеризуется неполным отделением плаценты и кровотечением.

Это-то кровотечение показывает немедленное вмешательство, но какое?

1. Выжимание по *Credé*.
2. Вряд ли удастся способ *Credé*; лучше немедленно приступить к ручному отделению последа.

Раз мы исключили стриктуру матки, мы должны начать с выжимания по *Credé*. При спазме внутреннего зева, при стриктуре рога матки прием *Credé* противопоказан, он будет только лишним раздражением, еще более усиливающим спазм мускулатуры. Тут, наоборот, надо матке предоставить полный покой, еще лучше дать наркоз, в наркозе спазм прекратится и чаще всего послед выходит без особого вмешательства. Мы же предполагаем в нашем случае частичное приращение: *Credé* не противопоказан, хотя при мало-мальски плотном приращении успех его весьма сомнителен. Но так как ручное отделение последа—операция весьма серьезная, то желательно начать с выжимания по *Credé* как вмешательства меньшего, с тем чтобы при неуспехе его перейти к ручному отделению.

В 4 часа 30 мин. произведено выжимание по *Credé*, без успеха. Во время надавливания из половой щели показывался нижний участок детского места, при прекращении давления он скрывался в родовых путях. Так же и под наркозом выжимание по *Credé* осталось без результата. В виду продолжающегося кровотечения решено тут же приступить к ручному отделению последа.

Ручное отделение последа—одна из серьезнейших акушерских операций. Технически она с одной стороны может быть очень легкой, с другой же—она может представить крайние трудности. Для примера приведу два противоположных случая. В одном—суть в спазме внутреннего зева. Под наркозом спазм прошел, рука оператора свободно входит в полость матки,

находит детское место, почти уже отслоившееся от матки, проникает между стенкой матки и последом, одним движением завершает отслойку и извлекает послед целиком. Вся операция продолжается 2—3 минуты.

В другом случае дело в приращении детского места (*placenta adhaerens*). Войдя по пуповине в матку, рука оператора с трудом находит периферию плаценты; найдя край детского места, рука начинает тяжелую



Рис. 102. Ручное отделение последа.

работу отслойки (рис. 102). Проникая медленно и осторожно лучевым краем кисти между стенкой матки и последом, рука на каждом шагу встречает препятствия в виде тканевых пучков внедряющихся в ткань стенки матки. Тут легко можно отклониться от верного пути—можно или повредить маточную стенку, проложив в ней ложный ход, или идти в толще плаценты, оставив часть ее ткани в связи со стенкой матки, что конечно повлечет за собою грозные последствия. Нужен большой опыт, осторожность и выдержка, чтобы с честью выйти из положения. Какая огромная разница между техникой в первом случае и во втором! Но если я назвал ручное отделение детского места серьезнейшей акушерской операцией, то я имел в виду не технику ее, а прогноз. Предсказание серьезно потому, что эта операция внутриматочная, потому что ни при какой другой акушерской операции рука оператора не приходит в такой тесный контакт с внутренней поверхностью матки, с зияющими сосудами плацентарного места. В то время как при внутреннем повороте рука входит в матку, вернее в полость плодного яйца, будучи отделена от стенок матки оболочками, здесь при ручном отделении последа, рука передвигается непосредственно по стенке матки, которая представляет собою свежую раневую поверхность. Правда, есть предложение, во избежание изложенного неудобства, видоизменить технику операции. Согласно этому предложению, рука оператора входит по пуповине в матку, доходит до места прикрепления пуповины к детскому месту, отсюда направляется к периферии плаценты, где и начинает отслойку, будучи покрыта оболочками. При удачном выполнении задачи рука все время остается отделенной от стенки матки оболочками. Насколько возможно во всех случаях ручного отделения провести указанную технику, покажут дальнейшие наблюдения. Я сомневаюсь, что всегда удастся закончить операцию, не порвав оболочек.

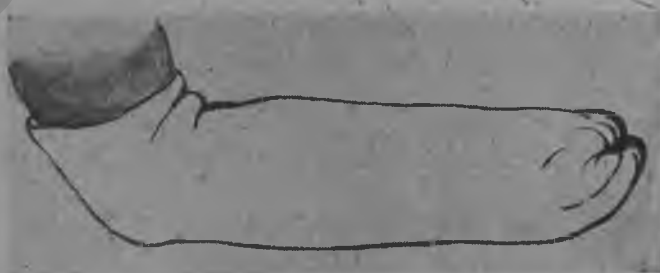


Рис. 103. Рука врача перед введением в родовые пути.
Рукав Л. Л. Окинчица.

Как бы то ни было—предсказание всегда серьезное. Требуется самое тщательное проведение мер асептики. После мытья рук по способу Fürbringer'a я всегда смазываю кисть и предплечье вводимой руки йодом. И если тем не менее и у нас и в других клиниках заболеваемость после ручного отделения высокая, то это объясняется тем, что рука, раньше чем дойти до матки, должна пройти по влагалищу. А влагалище никогда не бывает стерильным. Оно заселено не только своей нормальной безобидной флорой, но весьма часто и явно патогенными формами. Эти последние, будучи увлекаемы рукою оператора, попадают в полость матки, где и оседают на стенках матки и проникают в разорванные маточно-плацентарные сосуды, находя здесь наилучшие условия для размножения. В этой неминуемой встрече руки оператора с влагалищной флорой—весь трагизм положения. И уже давно акушерская мысль работает над вопросом: нельзя ли обойти эту встречу, нельзя ли проникнуть в полость матки, не приходя в соприкосновение со стенками влагалища? На этой мысли основано остроумное предложение одевать на вводимую руку довольно сложного устройства резиновый чехол, который покрывает всю руку, пока она идет по влагалищу, но который в момент вхождения кисти руки в матку открывается, оставаясь на предплечьи. Кисть руки, освободившись от чехла, совершенно стерильная, проникает в полость матки. Не имея возможности получить из Германии указанные чехлы, проф. Л. Л. Окинчиц предложил очень простой способ заменить их стерильным рукавом, сделанным из тонкой, плотной и мягкой бязи. В родильном доме им. проф. Снегирева подобные рукава изготовлены в нужном количестве, они хранятся стерильными в мешках и перед операцией извлекаются оператором из мешка и надеваются на вводимую руку так, что нижний конец этого рукава захватывается изнутри кистью одетой руки. Далее для того, чтобы уменьшить очень тягостное трение рукава о наружные части и стенки влагалища, рукав обильно смачивается слабым раствором лизоформа, что делает его скользким. Дойдя до внутреннего зева матки, оператор распускает сложенную в кулак кисть, одновременно помощник подтягивает рукав за верхний его конец у локтевого сгиба, и кисть оператора, освободившись от рукава, проникает стерильной в полость матки (рис. 103—104).

А. Л. Краснопольская, на основании большого материала родильного дома им. проф. Снегирева, приходит к выводу, что применение рукава при ручном удалении последа повышает вдвое процент безлихорадочных послеродовых периодов. Смертность, в связи с применением рукава, значительно пала.

Я считаю это предложение очень ценным и остроумным, но не скрою, что удачное применение этого способа требует значительного навыка.

В заключение хочу упомянуть, что за последнее время опубликовано несколько статистик, доказывающих, что ручное отделение последа далеко не такая грозная в смысле последующих осложнений операция, как думали раньше, но на эту тему поведем беседу в другой раз.

Итак, мы решились на ручное удаление последа. Под общим наркозом, после катеризации пузыря и после тщательной дезинфекции рук, оператор ввел правую руку, конически сложенную, во влагалище. Во время этой манипуляции пальцами левой руки половые губы разведены (что очень важно). Во влагалище оказалась, кроме пуповины, часть детского места, подымающегося вверх в полость матки. По этому свисающему из матки во влагалище отделу планцеты рука проникла в полость матки, где, дойдя до дна, определила, что неотделившийся участок плаценты весьма плотно приращен к задней стенке матки, правее средней линии. Пилящими движениями пальцев послед отделен и извлечен. Для контроля оператор вторично вошел рукою в матку и извлек мелкие обрывки плацентарной

ткани. Матка не промывалась. Под кожу впрыснут раствор эрготина, а также в виду некоторой слабости пульса 2 см³ камфорного масла.

После операции осмотрен послед. Он оказался очень длинным; размеры его 23 см и 16 см; вес 600 г.

Послеродовой период прошел гладко. Максимальная температура 37,7 в день операции. Родильница выписалась на 8-й день здоровой с ребенком.

Интерес случая. 23-летняя второродящая разрешается благополучно младенцем весом в 2950 г. Последовый период затягивается. Наблюдение указывает, что часть детского места отделилась, часть же повидимому приращена. Кровотечение вынуждает к активному вмешательству. После безрезультатного применения метода Сredé производится ручное

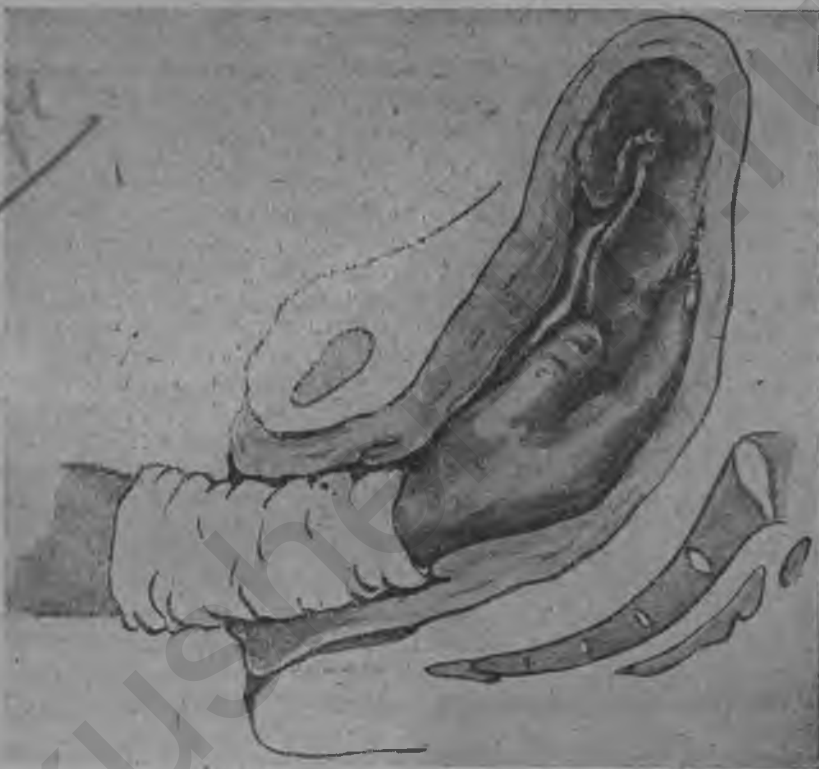


Рис. 104. Рука отделяет послед. Рукав. Л. Л. Окинчица.

отделение последа, причем обнаруживается, что некоторые дольки плотно приращены к задней стенке матки. Выздоровление.

В заключение хочу остановиться на 2 вопросах: 1) надо стремиться при операции ручного отделения последа ограничиться однократным вхождением в матку. Вполне понятно, что, если оператор после извлечения последа не уверен в отсутствии остатков плаценты или оболочек в матке, он должен вторично войти в матку, что конечно повысит значительно риск инфекции. Это относится и к случаям, когда мы оперируем с предложенным проф. Окинчицем рукавом. Для вторичного вхождения в матку нужно надеть другой стерильный рукав. Чем опытнее врач, тем реже ему придется вторично входить в матку при ручном отделении последа. 2) Нужно ли промывать матку после извлечения последа? Раньше мы всегда делали промывание матки горячей водой. Теперь в большем числе случаев мы

матки не промываем. Я считаю, что для большинства случаев промывание матки излишне. Оно вполне допустимо и полезно при специальных показаниях. Напр. извлечен разложившийся гнилой послед. Я промью матку раствором иода в горячей воде или водкой (спирт и вода в равных частях). Или: атоническое кровотечение продолжается. Я промью матку горячей стерильной водой, но в этом случае это уже будет не промывание матки, а горячий маточный душ как метод лечения атонии матки.

Во всех же остальных случаях за последние годы мы, как правило, вместо промывания делаем смазывание полости матки иодом. Для этого непосредственно за ручным отделением последа мы вводим зеркала, низводим пулевыми шейку и марлевым шариком на корнцанге, обильно смоченным иодом, смазываем полость матки. В послеродовом периоде первые три дня родильница получает под кожу butyrol Милютиной. Безлихорадочное течение—правило.

Случай 39-й.

Н. Б. Г., 26 лет (№ приемного журнала 1185) поступила в клинику 2 ноября 1926 г. в 20 час. 35 мин. в родах.

Из анамнеза узнаем, что пациентка беременна 3-й раз. Половой жизнью живет около 5 лет. В первый же год замужества, в 1923 г., был самопроизвольный выкидыш, через год после него она вновь забеременела и родила в 1924 г. без каких-либо особенностей. Ребенок жив. После родов не хворала. Месячные носит с 13 лет, через 4 недели, по 3 дня, без боли. Всегда была здорова, все же отмечает бели вначале замужества. Времени последних регул не помнит. Беременность протекала повидимому нормально. Движения плода начала ощущать 17 июня. 30 октября, т. е. за 2 дня до поступления в клинику, появились незначительные кровянистые выделения. 2 ноября в 15 час. начались родовые схватки, побудившие роженицу поступить в клинику (20 час. 35 мин.).

Роженица правильного телосложения, удовлетворительного питания. Шатенка. Живот увеличен соответственно доношенной беременности. Окружность его 95 см. Высота дна матки 32 см. Брюшные стенки довольно упруги, в нижних частях живота старые рубцы беременности в умеренном количестве. Плод в продольном положении, ягодицы в дне матки, спинка слева, мелкие части справа близ дна. Предлежит головка, прижата ко входу в таз. Сердечные тоны плода выслушиваются слева ниже пупка. Размеры таза: dist. spin.—25; dist. crist.—28; dist. troch.—31; conj. ext.—19.

Родовая деятельность бурная, схватки через 5 минут.

В 21 час 40 минут на высоте схватки отошли воды, чистые, в умеренном количестве. Начались потуги. В 21 час 50 минут родился плод, женского пола, доношенный, живой. Вес плода 2800 г, длина 49 см. Через 5 минут после рождения ребенка началось кровотечение, сильной струей. Пульс сразу начал падать—80—100—110 ударов в минуту. Признак Ahlfeld'a слабо положительный, Schröder'a отрицательный, признак Küstner'a тем более. Матка дряблая, не сокращается.

В чем дело? Что предпринять?

1. Кровотечение повидимому из разрыва. Нужно выжать послед и, если кровотечение не стихнет, нужно искать источник кровотечения.
2. Кровотечение атоническое. Показано немедленно выжимание последа по Credé.

Опять перед нами случай сильного кровотечения в последовом периоде. Помощь нужна немедленная, каждая минута дорога, тем более, что пульс падает на глазах. И все же, хотя бы предположительно, нужно поставить диагноз. Какова причина кровотечения? Вы справедливо допускаете две

возможности, я бы добавил, наиболее часто встречающиеся: кровотечение может быть „атоническим“, т. е. происшедшим вследствие нарушения правильного течения послеродового периода, сопряженного с недостаточной ретракцией мускулатуры матки, кровотечение может зависеть от разрыва мягких частей матери, где-либо на протяжении родового канала.

Полагаю, что в первый, наиболее острый момент решить этот вопрос вряд ли возможно. Почти немедленное после изгнания младенца начало кровотечения повидимому говорит в пользу „кровотечения из разрыва“. Истечение крови непрерывной струей также указывает на разрыв. Но с другой стороны имеем ли мы основание предполагать „разрыв“? Один взгляд на промежность убеждает нас, что она не повреждена, да и разрыв промежности не может дать такого сильного кровотечения. Повреждения верхних отделов влагалища встречаются, как правило, при оперативных родах, самые практически важные разрывы, разрывы шейки, хотя и встречаются чаще при оперативном родоразрешении, но бывают и при самопроизвольных родах. В нашем случае, у повторнорожающей женщины, мы не имеем никаких оснований допускать возможность разрыва шейки. Это было бы натяжкой. Предположение атонического кровотечения гораздо более вероятно. Роды протекают быстро. Период раскрытия длится 6 час. 40 мин. Продолжительность периода изгнания—всего 10 минут. При такой быстроте родового акта разве можно удивляться, что матка после изгнания плода не может проявить в полной мере свою способность к ретракции, что она некоторое время остается атоничной или, вернее, гипотоничной. А если в это время плацента отделится хотя бы на незначительном протяжении от места своего прикрепления, начнется кровотечение из маточно-плацентарных сосудов, причем кровь будет истекать мощной струей.

Но опять-таки в первый, острый момент, когда помощь нужна немедленная, разве можно терять время на теоретические размышления? Вы единодушно требуете выжимания последа по Credé. И вполне справедливо! Если кровотечение атоническое, то лишь после выхождения последа вы можете принять действенные меры к достижению окончательной ретракции матки, если к тому времени ретракция матки не наступит силами природы. Если же кровотечение из разрыва, то опять-таки лишь после удаления последа представится возможность обследовать родовые пути, найти повреждение и остановить кровотечение путем наложения швов или иначе.

Итак, надо во что бы то ни стало закончить послеродовой период. И конечно с помощью приема Credé.

Мочевой пузырь повидимому пуст. Да это и понятно: роженица мочилась за час до рождения ребенка. Матка большая, мягкая, отклоненная вправо, поставлена в среднюю линию живота, круговыми, массирующими движениями пальцев матки приведена в состояние сокращения, тело матки захвачено рукой *lege artis* и матка сдавлена и низдавлена в направлении малого таза. Послед выжат довольно легко вместе со значительным количеством сгустков (22 часа). Кровотечение, остановившееся на несколько минут, возобновилось, причем кровь отходила частью жидкая, частью сгустками. Матка, только-что стоявшая дном своим на середине между пупком и лобком, поднялась выше, одновременно с этим она стала опять мягче.

Итак, выжимание последа увенчалось успехом, а кровотечение, после небольшой паузы, возобновилось.

На что это указывает?

1. На кровотечение из разрыва.
2. Матка не может перейти в состояние окончательной ретракции, может быть задержался кусок плаценты. Необходимо сейчас же осмотреть послед.

Основой дифференциального диагноза после выхождения последа служит аксиома, что хорошо сократившаяся матка не может атонически кровоточить. Общеизвестно, что кровотечение струей после окончательной ретракции матки указывает на разрыв, чаще всего шейки. Продолжающееся после рождения последа кровотечение при вялой, гипотонической, или лишь временно ретрагирующейся матке с определенностью указывает на атоническое кровотечение, причем одновременное существование разрыва не исключается.

Мы выжали неотделившийся послед по Credé. И несмотря на это атоническое кровотечение продолжается. Что-то препятствует матке перейти в состояние длительной ретракции. И естественно напрашивается мысль, не содержит ли матка и после выжимания последа чего-либо, что ей мешает сократиться, не задержались ли в ней части плаценты или оболочек. Вы справедливо требуете тщательного осмотра последа.

Послед представляется значительно травмированным, как бы развалившимся на части, „рваным“—при складывании отдельных долек возсоздание плаценты удаётся плохо. Нет никакой уверенности в целостности ее. Кроме того отсутствуют оболочки целиком, они как бы обрезаны по всей периферии плаценты.

Не подлежит никакому сомнению, что плацента „не вся“. Мы ставим диагноз задержки частей плаценты и оболочек (*retentio partis placentae et velamentorum*) и, в виду жизненных показаний к вмешательству, решаемся на ручное удаление задержавшихся частей последа.

Большая взята на край родильной кровати, приступлено к наркозу эфиром. Пульс 120, малого наполнения, кожа и слизистые оболочки бледны, матка мягкая, под массирующей рукой временно сокращается. Кровотечение умеренное.

Выпущена моча, наружные части, лобок, внутренняя поверхность бедер, промежности и анус смазаны йодом. Живот накрыт стерильным бельем. Оператор, вымыв руки обычным способом и смазав правую кисть и предплечье до локтя йодом, приступает к операции: разведя левой рукой половые губы, он вводит конусообразно-сложенную правую руку во влагалище, после чего переносит свою левую руку на живот, где через стерильное белье находит тело матки, которое и низдавливает навстречу внутренней руке. Последняя быстро доходит через широко раскрытую шейку до области внутреннего зева, ярко выступающего в виде кольца, свободно пропускающего руку. В полости тела матки обилие сгустков и оболочек. Быстро ориентируясь, рука находит на правой и задней стенках матки плацентарное место с сидящими на нем дольками плаценты. Эти возвышающиеся бугорки части детского места без труда отделяются пальцами и выгребательными движениями смещаются книзу в выходную трубку вместе со сгустками и оболочками, свободно лежащими в полости. Оператор и окружающие видят, как из влагалища мимо предплечья оператора выходят все эти части, они улавливаются ассистентом и подвергаются осмотру. В это время рука оператора убеждается, что удалено все подлежащее удалению. Акушерка подает ему стерильный большой катетер *Bozeman-Fritsch'a*, стоящий в соединении с кишкой от кружки Эсмарха, наполненной горячей водой с примесью йода (40%). Оператор вводит наконечник, из которого уже истекает раствор, мимо руки во влагалище, проводит его под контролем внутренней руки в полость матки почти до дна. Медленно, не смещая наконечника, оператор извлекает свою руку из родовых путей больной и следит за истечением промывных вод из катетера. Вначале вода идет с сильной примесью крови, постепенно вода просветляется и наконец истекает чистая, т. е. без крови. Катетер извлекается ранее полного опорожнения кружки (во избежание вхождения воздуха в кишку и попадания его в матку). Операция кончена, наркоз прекращен еще вначале промывания. Больная переводится из спинно-ягодичного в горизонтальное положение на спине. Кровотечения нет, матка хорошо сократилась, дно ее на 3 пальца ниже пупка. Пульс родильницы—120 в минуту. Общее состояние ее удовлетворительное, бледность значительна. Вводится под кожу 2 см³ 10%

раствора эрготина и 2 см³ камфорного масла (20%), под кожу бедер вливается теплый стерильный физиологический раствор, по 350 см³ с каждой стороны. Пузырь со льдом на живот, грелки к ногам, вино внутрь. Родильница тепло прикрывается и оставляется под наблюдением акушерки. Спустя два часа—кровотечения нет, матка хорошо сокращена. Общее состояние вполне удовлетворительное. Пульс 108, полнее. Контроль при больной может быть прекращен. Послеродовой период прошел без осложнений. Пульс скоро выправился. Температура держалась нормальная, тахипит 37,2 (6 ноября). 8 ноября родильница выписалась домой с ребенком.

Итак в самом начале последового периода началось атоническое кровотечение. При неотделившемся последе сделано выжимание по Credé. Оно



Рис. 105. Выжимание последа двумя руками.

удалось без особенного труда. Конечно значительно легче и проще выжимание уже отделившегося и лежащего в выходной трубке последа. Что бы мы сделали, если бы выжимание не удалось? А. Müller в таких случаях рекомендует сжимание матки с боков, располагая с одной стороны большой палец, с другой остальные пальцы. Сжимая таким образом матку со стороны трубных углов, он отделяет послед, после чего уже выжимает его по Credé. Выжимание по Credé встречает затруднения у тучных, и очень чувствительных больных, или же когда дно матки не удается обхватить, если оно стоит глубоко, будучи низдавлено к мысу.

При неуспехе выжимания по Credé нужно на что-либо решиться: или приступить сразу же к ручному отделению последа, операции, которая и по сие время пользуется дурной славой, или же еще до этого сделать попытку к выжиманию по Credé под наркозом. И, действительно, нередко выжимание, неудавшееся без наркоза, в наркозе удается. Можно еще сделать попытку выжимания последа двумя руками. При этом врач

становится между разведенными ногами больной; захватив сократившуюся матку обеими руками, выжимает послед так сказать на себя (рис. 105).

Для отделения последа был предложен весьма остроумный способ вливания в него через пупочную вену физиологического раствора—метод Major-Gabastou. Мысль тургесцировать плаценту путем наполнения ее через пупочную вену принадлежит Major'у (Генуя, 1826), влившему холодный раствор уксуса; Gabastou (Буэнос-Айрес, 1914) вливал теплый физиологический раствор, Sklawinos (Афины)—стерильную воду с прибавлением 1% хлористого и 1% лимоннокислого натра. Многочисленные наблюдения доказали, что подобными вливаниями достигается значительное увеличение объема детского места, оно делается толще и шире, в силу максимального наполнения сосудов ворсинок. Набухшая плацента не умещается на плацентарном месте; увеличиваясь в объеме, она как бы отдирается от места своего прикрепления и вместе с тем, как крупное инородное тело побуждает матку к сокращениям. Трудно сказать, сколько надлежит вливать жидкости; ведь величина плацент различна. Мысль Gabastou путем насиль-

ственного разрыва сосудов ворсинок, создать искусственную ретроплацентарную гидрому, следует признать неудачной и слишком теоретичной. В случаях, где плацента частично отделилась, оставаясь лишь некоторой своей частью в соединении со стенкой матки, эффект тургесценции по Gabastou сомнителен, он будет призрачен, если отделившийся участок травмирован. Ясно, что в последнем случае никакого наполнения плаценты не получится, влитая жидкость будет вытекать через поврежденные ворсинки в полость матки. Понятно, что и налитая плацента не сможет действовать тампонирующим образом на кровоточащие участки плацентарного места.

Метод Majon-Gabastou (рис. 106) был встречен восторженно. Читая отчеты о применении этого способа, долженствующего заменить собою выжимание по Credé и вовсе вытеснить ручное отделение последа, все же



Рис. 106. Метод Majon-Gabastou.

выносишь весьма неопределенное впечатление. Бесспорно, метод Gabastou, примененный правильно и с соблюдением асептических предосторожностей, безвреден. Но сколько раз авторам приходилось после него, в силу продолжающегося кровотечения, все же применять выжимание по Credé и даже удалять послед рукой! Наблюдались даже случаи усиления кровотечения непосредственно после тургесценции, двое больных (*Strecker*) погибли от кровопотери. Лично я применял метод Gabastou неоднократно, и на основании своего, правда небольшого, опыта, могу сказать, что метод далеко неверный; иногда эффекта не получается, а тем временем большая кровотоцит, время идет, драгоценное время.

Полагаю, что метод Gabastou пригоден в случаях *placenta adhaerens totalis*, при условии применения его как первой манипуляции, после же попыток выжимания по Credé он вряд ли целесообразен, так как мало-мальски энергичное выжимание должно травмировать стенки последа, а нарушение целостности ворсинок сводит на-нет тургесцирующий эффект Gabastou'овского вливания.

При атонических кровотечениях метод Gabastou слишком ненадежен, чтобы на него терять время.

Isidor Benzion (1929) также полагает, что метод Majon-Gabastou не должен быть терапией атонии. При ведении нормального последового периода он советует ждать 2 часа, после чего приступить к методу. Если же при этом начинается кровотечение, то *Benzion* рекомендует прижать аорту. Вливает он 800—1000 см³ раствора. После вливания впрыскивает 0,5 питуитрина. Если после этого послед не рождается, он выжимается по *Credé*!

В России метод *Gabastou* широкого распространения не получил и вряд ли когда-либо получит.

А посему при наличии показаний к удалению послета (патологическое кровотечение) и неудачи выжимания по *Credé* без наркоза и в наркозе, остается все то же ручное отделение послета.

В предыдущей беседе я изложил технику этой практически столь важной операции. Она практически важна потому, что принадлежит к числу операций неотложных, часто жизненно необходимых, и занимает по частоте своей одно из первых мест в числе акушерских операций. Как часто производится операция ручного отделения послета?

Здесь не место приводить бесчисленные статистики, имеющиеся в литературе. Назову несколько крупных цифр.

По материалам родовспомогательного заведения (*В. А. Столыпинский*), на 36 965 родов было 183 операции ручного отделения послета, т. е. 0,5%. В том же родильном доме за промежуток времени с 1925 по 1928 гг. из 32 000 родов было 405 ручных отделений, т. е. 1,26% (*А. Л. Краснопольская*). Статистика *Михайлова* дает на 220 695 родов—3 877 ручных отделений послета, т. е. 1,25%. Сборная статистика *Stöckel*'я, обнимающая 790 155 родов, отмечает 6 348 ручных отделений, т. е. 0,8%. В нашем отделении ручное отделение производится в 1,3% случаев. *Азлецкий* (1928) дает 2,5% на 4 276 родов.

В этих границах колеблется частота *extractio manualis placentae*—0,5%—2,5%.

Поневоле удивляешься, что частота ручных отделений в разных клиниках не колеблется в гораздо больших пределах. Ведь естественно, что разными школами показания к производству операции ставятся различно, то более широко, то более сдержанно. Слишком велика разница в заболеваемости и смертности после ручного отделения, отмечаемых в статистиках. Последнее зависит от разнородности материала, легшего в основу статистик. Просматривая их, убеждаемся, что не всегда можно узнать, сколько больных уже было инфицировано к моменту операции, сколько из них было уже безнадежно по другим причинам (эклампсия, предлежание послета и т. п.), сколько случаев относилось к послетам уже вполне или частично отделившимся, к *placenta adhaerens* или *accreta*. О заболеваемости также трудно судить, так как одни авторы считают последовый период протекающим негладко при повышении температуры от 37,5 до 38°, другие при однократном повышении выше 38,0°, опять другие лишь при многократном повышении. Для правильного суждения о заболеваемости и смертности после ручного отделения следовало бы отдельно рассматривать случаи самопроизвольных родов и родов оперативных. Ведь сама родоразрешающая операция имеет свой процент заболеваемости и смертности. Не надо забывать, что 25% всех ручных отделений относятся к оперативным родам (*Zangemeister*). Не менее важно различать случаи клинические и случаи, проводимые в частном доме. Что в клинике часто безопасно, в жилище роженицы может быть чревато тягчайшими последствиями. Не даром *Latzko* указывает, что четвертая часть тяжелых сепсисов, поступающих в его клинику, имеет в анамнезе ручное отделение послета!

Взгляните на статистику! Заболеваемость колеблется от 8% до 66,7%. Смертность от 0 до 13,0%. Так заболеваемость по *Hammerschlag*'у—8,0%, по

Kraus'y—20%, у *Alletsec*—17%, у *Rosental'a* даже 66%. Смертность у *Kraus'a*, *Flatau*, *Streker'a*—0%, у *Döderlein'a*—0,1%, у *Schröder'a*—26%, у *Halban'a*—1,1%, *Jachke*—1,2%, у *Сахарова*—1,4%, у *Краснопольской*—2,7% (редуцированная—1,4%), у *Rosental'a*—13%. Особыми стояли цифры *Winter'a* и *Schmid'a* для частной практики—46 и 40%.

Если еще в недавнее время всеми отмечалась опасность ручного отделения последа и эта операция пользовалась дурной славой как среди врачей, так и в населении, то теперь наблюдается как бы „реакция на слишком сильно подчеркнутую опасность его“ (*Stöckel*). Действительно, может быть страх перед ручным отделением преувеличен, может быть современная асептика, неукоснительное проведение принципа „Noninfektion“ позволяют нам с более спокойной душой приступать к ручному отделению. Ведь и внутреннее исследование, некоторое время почти изгнанное из родильных покоев, повидимому опять начинает производиться чаще. Надо сознаться, что принципиальное воздержание от внутреннего исследования в родах не всегда хорошо. Сколько нужных вмешательств не было произведено—во вред плоду, а иногда и матери! Сколько было нераспознано подлежащих пуповины, аномалий вставления и т. п. То же, может быть, следует сказать и по отношению к ручному отделению последа или, еще больше, частей его! Конечно основное правило должно остаться законом на все времена: каждое ненужное прикосновение к родовым путям есть тяжкая, кардинальная ошибка (*Stöckel*).

Тут то и нужно в каждом отдельном случае решить вопрос, нужно ли вхождение рукой в родовую канал и когда?

Нужен большой практический опыт для того, чтобы в конкретном случае правильно оценить положение, вмешаться когда надо, и что важнее всего—вмешаться не слишком поздно. Отчеты акушерских клиник и больниц учат, что нередко больные погибают вследствие запоздалого вмешательства или же вследствие неоказания соответственной помощи. Больная может погибнуть после ручного отделения не вследствие операции, а несмотря на нее, когда больная уже вконец обескровлена. И у врача остается мучительное, тяжелое как камень, сознание, что он мог бы спасти больную, если бы решился на операцию несколько раньше.

Не менее трагичны случаи, где, после рождения подозрительного по своей целостности последа, не было произведено ручного обследования полости матки (*Nachtastung*). Еще недавно я видел случай смертельного сепсиса при задержке дольки плаценты. Дефект с достоверностью не был распознан, плацента была лишь „подозрительной“, с атоническим кровотечением справились, развился злейший сепсис, быстро сведший больную в могилу. На вскрытии обнаружен прикрепленный к стенке матки небольшой кусок плацентарной ткани, исходная точка септикопиемии. О, если бы эта долька была удалена немедленно по выходе последа! Но ведь уверенности в дефекте плаценты не было. Кровотечение? Нельзя измерять опасность кровотечения по кубическим сантиметрам. Опасность кровопотери слишком индивидуальна. Кто ставит предсказание по количеству кубических сантиметров теряемой крови—уподобляется врачу, ставящему при узкотазии прогноз лишь по размерам таза (*Stöckel*).

Оценить всю акушерскую обстановку случая, общее состояние больной, пульс, состояние сердца, явления со стороны матки, кровопотерю—во в чем искусство акушера!

Внезапно наступившее в последовом периоде кровотечение должно встретиться с хладнокровной вдумчивостью врача. Врач, стоящий у постели больной во всеоружии знания и опыта, не будет настаивать на схоластическом проведении программы действий, показанных в последовом периоде, не будет терять драгоценного времени на бесконечные безуспешные попытки

выжимания последа, на тургесценцию по Gabastou, а, оценивая всю грозность положения, видя неуспех своего Credé без наркоза и под наркозом, тут же решится на ручное отделение, памятуя, что это пособие должно быть не всегда последней мерой в цепи мероприятий, а иногда первой, и что именно тут, при грозных последовых кровотечениях, „потеря времени смерти подобна“. Что же остается делать врачу при угрожающем жизни больной кровотечении? Кровотечение есть тяжелое зло, и ручное отделение—операция грозная. Ему надо из двух зол выбрать меньшее, этим меньшим злом будет ручное отделение последа, и врач должен его предпочесть, потому что оно может спасти жизнь больной.

Растерянность при виде моря крови, неуверенность в себе и в правильности оценки ситуации, беспорядочное перескакивание от одного вмешательства к другому—могут погубить все дело. Чем быстрее сообразительность врача, чем спокойнее его решимость, тем лучше для больной.

Я далек от мысли пропагандировать широкое применение ручного отделения последа. Долг преподавателя неустанно указывать, что вхождение рукой в матку, в целях ли извлечения последа или удаления частей его, есть операция серьезная, дающая в лучших клиниках все же известный процент заболеваемости и смертности, что без настоятельной необходимости входить в матку роженицы или свежей родильницы есть научное преступление.

Но в такой же мере обязанность преподавателя учить, что применение этого пособия при достаточных показаниях, при соблюдении всех правил асептики и техники есть долг каждого врача-акушера и что при правильной оценке данных случая, при правильном распознавании расстройств последового периода он к этой ответственной операции должен прибегать чаще, чем он это, быть может, делал до сих пор.

Об асептических предосторожностях я говорить не буду. Добросовестная дезинфекция рук необходима перед каждой акушерской операцией и особенно важна перед ручным отделением последа. Добросовестная дезинфекция рук требует времени, а тут профузное кровотечение заставляет торопиться. И все-таки не торопитесь! Поручите надежному человеку прижать аорту (см. рис. 21). Кровотечение остановится на время, вполне достаточное для обеззараживания рук. Вы знаете, что ручное отделение опасно не потому, что асептичность рук оператора недостаточна, а потому, что путь, по которому пойдет рука оператора, раньше чем дойти до асептической полости матки, далеко не асептичен. Нельзя ли избежать прикосновения руки к стенкам влагалища при ручном отделении? Абсолютно асептично ручное отделение только при кесарском сечении. При операции же через естественные родовые пути, как миновать влагалище? Правда, есть предложение *Peters'a* захватить шейку пулевыми щипцами, вывести ее из половой щели наружу и тогда вводить руку непосредственно в матку. Этот способ, по неизвестным мне причинам, распространения не получил.

Предложение делать ручное отделение в перчатках на первый взгляд кажется симпатичным. Нет сомнения, рука в стерильной перчатке абсолютно свободна от микроорганизмов и во всяком случае стерильнее дезинфицированной руки без перчатки. Но и она должна идти мимо вульвы через влагалище и на пути своем утрачивает свою стерильность. Лично я делаю ручное отделение всегда без перчатки, потому что, как бы тонка ни была перчатка, она понижает тонкость ощущений. Разве что в исключительных случаях, когда на дезинфекцию рук нет времени и некому прижать аорту, я надеваю перчатку.

О предложениях одевать на руку и предплечье особые манжеты, защищающие руку до момента вхождения в шейку, я уже говорил в предыду-

щей беседе. Недоступные для нас модели можно с успехом заменить стерильным рукавом, предложенным проф. Л. Л. Окинчицем.

Техника ручного отделения последа нами уже разобрана. Всегда ли легка эта операция? К сожалению нет. Надо уметь попасть рукой в слой, т. е. проникнуть ею строго между плацентой и стенкой матки. Это сделать легко, когда плацента уже частично отделилась, тут вам ясен путь и вы довершаете то, что начала природа. Легко это также в случаях рыхлого прикрепления плаценты. Гораздо труднее отделение крепко сидящей на стенке матки плаценты (*placenta adhaerens*) и может оказаться невыполнимым при истинном приращении ее (*placenta accreta*). Слишком поверхностные манипуляции не отделят детского места целиком, на стенке матки останутся участки плацентарной ткани, в результате кровотечение и в дальнейшем тяжкие послеродовые осложнения. Слишком глубокое проникание будет равносильно травме матки со всеми грустными последствиями. Дело опыта найти слой, в котором следует отделять плаценту.

Но вот вы отделили плаценту, вы ее извлекаете. Ваша рука покинула матку. Входить для контроля еще раз в матку или нет? С одной стороны, вполне понятно нежелание оператора входить в матку повторно,—каждое повторное вхождение в матку есть лишний плюс в сторону возможности инфекции; с другой стороны, малейшее сомнение в целостности плаценты налагает обязательство проверить полость матки. Лучше войти еще раз в полость матки и быстрым обследованием ее стенок убедиться в отсутствии задержавшихся частей. Твердо установлено, что в смысле пуэрперальной инфекции задержка части последа несравненно более опасна, чем повторное (контрольное) введение руки в матку.

Интересно так называемое ущемление последа. В предыдущих беседах я уже упоминал о стриктуре внутреннего зева, об ущемлении последа, расположенного в трубном углу (*Tubeneckenplacenta*). Нечего говорить, что попытки выжимания по *Credé* лишь ухудшат дело, спазм мускулатуры лишь усилится; при ручном отделении получаешь своеобразное впечатление: в первом случае, т. е. при стриктуре внутреннего зева, он оказывается сократившимся, твердое контракционное кольцо, пропускающее 1 или 2 пальца, отделяет просвет шейки от полости матки, содержащей послед. В случае „плаценты в трубном углу“ на первый взгляд полость матки кажется пустой или вернее содержащей только пуповину; в одном же из углов матки послед проникает в окошко, за которым как бы в обособленной полости лежит послед (см. рис. 101).

В таких случаях дайте глубокий наркоз, не старайтесь насильно преодолеть препятствие, выждите расслабление стриктуры и тогда приступайте к отделению. Мне неоднократно приходилось делать ручное отделение при описанном осложнении и каждый раз удавалось доводить операцию до конца. Совет *Freund*'а отказаться от ручного отделения и вести больную выжидательно с тем, чтобы в дальнейшем сделать *hysterotomia anterior* или уже при наступившей инфекции влагалищную экстирпацию матки, мне кажется нерациональным. Рискованным и допустимым лишь в очень опытных руках я бы назвал предложение *Stöckel*'я удалять ущемленный послед инструментально, извлекая его крепкими щипцами *Collen*'а через стриктурированное место наподобие подслизистой фибромы.

Промывать матку после ручного отделения или нет? Принципиально требовать промывания матки нельзя. И, действительно, статистика указывает, что некоторые авторы промывают, большинство же от промывания воздерживается. Я уже говорил, что смысл промывания двоякий—профилактика инфекции и борьба с атонией. Лично я раньше всегда делал горячий маточный душ с примесью иода, и дурного от него не видел; в настоящее время предпочитаю смазывать полость матки иодом, как сказано в преды-

душей беседе. *Stöckel* высказывается за горячее промывание $\frac{1}{2}\%$ раствором лизоля, за исключением случаев, где есть сомнение в целостности стенок матки. Интересно предложение *Halban'a*, во время отделения последа производить длительное орошение полости матки: этот метод, по его словам, значительно облегчает нахождение и распознавание неотделившихся частей плаценты.

Но вот последовый период кончился. Ваша первая забота—удостовериться в целостности плаценты. Определить целостность последа дело далеко не легкое. Во всех учебниках вы видите требование „осмотреть“ послед. Но

именно этот „осмотр“ оставляет в нас часто чувство неудовлетворенности. Хорошо, если плацента ровная, если она не разделена глубокими бороздами на отдельные дольки, если края плаценты ровны, без бухт, без выемок и зазубрин, если вся матерняя ее поверхность равномерно покрыта тонкой, сероватой пленкой отпадающей оболочки. Тогда решить вопрос о целостности ее не представляет никаких трудностей. Но, к сожалению, плацента своеобразный орган, орган, не имеющий строго определенной формы, величины и толщины, не имеющий капсулы, орган, допускающий великое множество индивидуальных особенностей. Послед не селезенка!

Для осмотра плаценты надо ее положить на твердую ровную по-

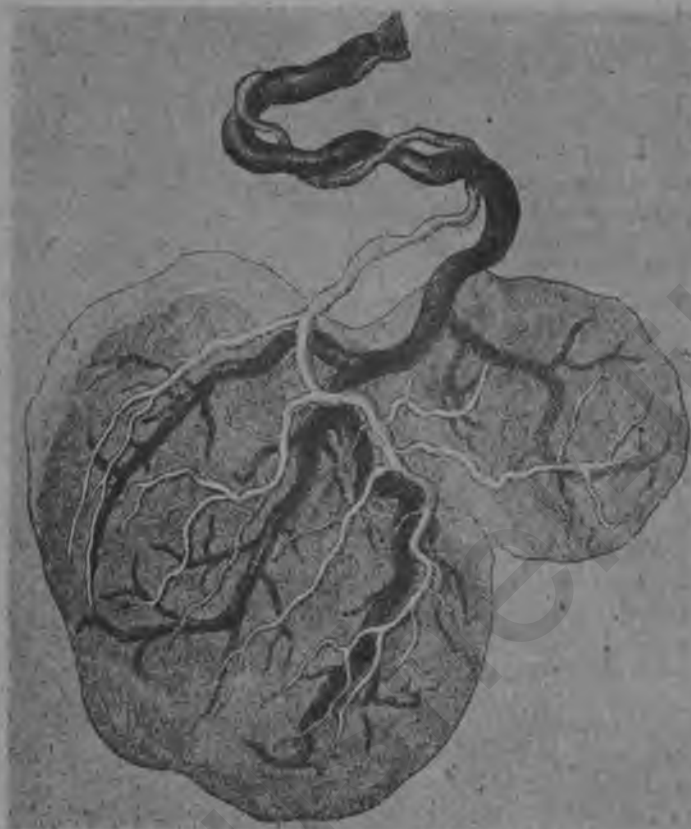


Рис. 107. Добавочная плацента. (По *Hyrтl'ю*).

верхность, напр., на блюдо, плодовой ее поверхностью вниз: тогда материнская поверхность может быть хорошо осмотрена, дольки складываются, дефекты ярче выступают. Неправильно производить осмотр плаценты, распластав ее на своих ладонях!

Вглядитесь в материнскую поверхность плаценты: частичное отсутствие децидуального покрова, более низкий уровень той или иной дольки, ямкообразные вдавления на поверхности и особенно видимость хориальной пластинки между долками—все это укажет на дефект в последовой ткани.

Остроумно предложение вливать молоко в пупочную вену родившегося последа и наблюдать за выхождением или невыхождением молока на матерней поверхности последа (так назыв. *Milchprobe*). Эта проба предложена *Küster'ом*. Интересно, что этот же прием уже давно применял знаменитый *B. S. Schulze*, доказав им замкнутость фетального круга кровообращения. Из нашей беседы о методе *Gabastou* вам уже ясно, что при абсо-

лютной невредимости плаценты инъицируемая жидкость не может выступать из детского места: оно на глазах увеличивается, как бы разбухает. Такой отрицательный результат пробы доказателен для целости плаценты. Наоборот, просачивание жидкости через ткань плаценты не доказательно для дефекта, потому что жидкость может выступить на местах повреждения ворсинок, даже без отрыва плацентарной ткани. Я неоднократно вливал в пупочную вену родившегося последа раствор метиленовой синьки и вполне могу подтвердить, что насколько по невытеканию синей жидкости из последа можно безошибочно установить целость плаценты, настолько вытекание ее отнюдь не доказывает задержки частей ее в матке.

Малая пригодность „молочной пробы“ была доказана *Kirstein*'ом и *Zoefgen*'ом. Большого обещала предложенная *Franken*'ом „воздушная проба“, заключающаяся во вдувании воздуха в пупочную вену под водой. Выхожение из плаценты больших воздушных пузырей считалось доказательным для дефектов детского места. При проверке этой „воздушной пробы“ *Sachs* нашел новую, названную им „плавательной пробой“ методику. В большой стеклянный сосуд, налитый водой, опускается осторожно обмытый послед, так, чтобы в оболочках не было воздуха. Послед идет ко дну. Затем на протяжении пуповины (выше лигатуры см на 10) последняя рассекается и, фиксируя канатик зажимами, в вену вдувается помощью большого шприца воздух. В случае невредимости детского места послед всплывает на поверхность воды и держится горизонтально. Отрицательная *Sachs* называет свою пробу тогда, когда послед становится вертикально, косо или вовсе не подымается со дна сосуда. В таких случаях *Sachs* советует обследование полости матки рукой, если только осмотр не выясняет источника ошибки.

Целый ряд авторов (*Kurtz*, *Putz*, *Kobes*) проверили „плавательную пробу“ и пришли к противоречивым выводам. Если даже прав *Kobes*, что несмотря на предложение разных „проб“ лучшим методом определения целости последа все же остается тщательный его осмотр, то все же „плавательную пробу“ я считаю целесообразной. Проверка ее в настоящее время ведется в моей клинике.

Интересно предложение *Scherbak*'а определять целость детского места ошпариванием материнской его поверхности кипятком. *Hans Schöder* (Нюренберг, 1928), считая все изложенные „пробы“ ненадежными, полагает, что прием *Scherbak*'а дает очень хорошие результаты, выявляя разницу в окраске после ошпаривания между *decidua basalis* и тканью детского места.

Не забудьте также осмотреть плодовую поверхность плаценты; здесь видны разветвляющиеся сосуды, приникающие в толщу плаценты. Здесь же вы можете иногда увидеть отдельные ветви, покидающие пределы детского места и пролегающие в оболочках. В большинстве случаев они указывают на задержавшуюся добавочную плаценту (*placenta succenturiata*).



Рис. 108. Добавочная плацента. Два сосуда переходят на добавочную дольку.

Таких добавочных долек может быть несколько, они могут располагаться на разных расстояниях от края плаценты. Для примера даю классические рисунки *Hyrtl*'я и *Stöckel*'я (рис. 107—109). В прошлом году в моей клинике родился послед с 13 добавочными дольками, величиною от горошины до серебряного рубля. Добавочная долька легко может оторваться от оболочки и остаться в матке.

Нахождение при осмотре последа в оболочках сосудов доказательно для *placenta succenturiata* в том случае, если сосуды разорваны или вернее—оборваны.

Тут же следует сказать, что в чрезвычайно редких случаях и при отсутствии видимых сосудов все же может оказаться *placenta succenturiata*, а именно, тогда, когда добавочная долька явилась местом белого инфаркта с последующим запусением сосудов, соединяющих ее с главной плацентой. Наконец встречаются и полиповидные краевые дольки, соединяющиеся с детским местом. Они легко могут остаться в матке незамеченными. *Albeck* (Дания, 1929) видел их 29 раз на 12 тысяч родов.



Рис. 109. Несколько добавочных долек. Вид с матерней стороны. Резкая дольчатость главной плаценты.

Из изложенного становится ясным, как трудно бывает распознать задержку части последа. По статистикам, более 50% задержавшихся частей остается нераспознанными.

В этих видах *Zangemeister* стал требовать непосредственное после родов обследование полости матки рукой не только в случаях распознанного дефекта в плаценте, но и во всех сомнительных случаях, даже там, где дефект, хотя и мало вероятен, но не может быть исключен с полной достоверностью. Такое обследование (*Aus- или Nachtastung*), по мнению *Zangemeister*'а, наиболее верно предохраняет женщину от инфекции и кровотечения, в случае задержки частей последа, и не повышает заболеваемости, в случае напрасных поисков их. Я не буду приводить многочисленных уже имеющихся в литературе статистик, укажу лишь, что сам *Zangemeister* на 4837 родов обследование матки, в виду под-

озрений на задержку частей последа, произвел 49 раз, из них с положительным результатом 18 раз, с отрицательным 31 раз. Из последних случаев одна женщина умерла (лихорадила еще во время родов), у 29 послеродовой период прошел без осложнений.

Над этим вопросом следует задуматься. В действительности мы видим, как врачи-акушеры с легкой душой приступают к ручному отделению последа и как они трудно решаются на последующее обследование. По меткому выражению *Stöckel*'я, лучше было бы поступить наоборот! Но вдумайтесь в обстановку и вы поймете, что психологически гораздо труднее приступить к „*Nachtastung*“, чем к ручному отделению последа.

В последнее время, особенно в Германии, требование во всех мало-мальски подозрительных случаях делать „*Nachtastung*“ провозглашается все громче. На 30 тысяч родов (*Menzel*, Гамбург, 1927) обследование матки делается 436 раз (1,45%). При малейшем подозрении—каким же иным способом убедиться в отсутствии в полости матки задержавшихся частей, если не контролем рукой?

Stöckel придает особенное значение немедленному производству ручного обследования. Уже спустя полсутки после родов обстановка другая и предсказание значительно хуже. Чем больше прошло времени с родов, тем хуже прогноз, и лишь по прошествии долгого времени, может быть нескольких недель, предсказание удаления остатков послета опять становится хорошим.

Для срочных родов эта истина общепризнана, для выкидышей она, как ни странно, все еще многими оспаривается (см. „Выкидыш лихорадочный“). Как часто запоздалое удаление остатков послета знаменует собою начало пиемии! А посему, если роженица в последовом периоде уже лихорадит, лучше вести ее выжидательно и приступать к удалению остатков лишь при крупных дефектах в плаценте.

После окончательного завершения последового периода может наступить атоническое, вернее гипотоническое кровотечение, особенно после родов двойнями, стремительных родов, родов, осложненных многоводием, предлежанием или преждевременным отслоением послета и проч.

Велика ответственность врача, ведущего у постели больной борьбу с атонией матки!

В нашей 10-й беседе, я вкратце обсудил наиболее употребительные методы борьбы с атонией матки. Тут я хочу сказать несколько слов о способе, предложенном *Henkel*'ем,—об ущемлении параметриев. *Henkel* предложил при сильных атонических кровотечениях, по введении зеркал, низвести шейку пулевыми кнаружи от вульвы и с обеих сторон щипцами *Muzeux* захватить основания широких связок так, чтобы щипцы через боковой влагалищный свод действительно ущемили параметрий с пролегающей в нем маточной артерией, и захватывали и мускулатуру боковой стенки матки. Зажимы остаются лежать в течение 12—24 часов. Очевидно кровоостанавливающее действие этого метода объясняется, с одной стороны, сжатием маточных артерий, с другой—перегибом их, получающимся в силу низведения матки. Артерия перегибается под острым углом, наподобие резиновой кишки у кружки *Эсмарха*, и становится для кровяного тока непроходимой: перестает кровоточить. На этом перегибании артерии основаны и старые способы остановки атонического кровотечения *Agendt*'а (низведение шейки пулевыми щипцами) и *Schwertassek*'а (длительная тяга за низведенную шейку).

Метод *Henkel*'я нельзя назвать вполне безопасным: не исключена возможность травмы мочеочочника. Успех метода, по данным литературы, часто полный; в некоторых же случаях остановки кровотечения не получается. Все же в тягчайших случаях атонии, раньше чем приступить к экстирпации матки, вполне рационально применять ущемление параметриев по *Henkel*'ю.

Ущемление параметриев по *Henkel*'ю (может быть правильнее названное *Lorenzen*'ом „влагалищным прищемлением маточных артерий“) испытано уже целым рядом авторов (*Kirstätter*, *Lorenzen*, *Labhardt*, *Müller*, *Zimmermann*, *Burghhardt*, *Туканадзе*). В общем и целом отзывы благоприятны.

Некоторый страх у авторов возбуждает применение *Muzeux*'овских щипцов, а посему интересно предложение *Müller*'а и *Flatau* заменить их классическими щипцами *Collin*'а. В случаях проф. *И. Е. Туканадзе* „технически простым и надежным в смысле остановки кровотечения оказалось вагинальное прищемление маточных артерий посредством кишечных зажимов“. Это предложение, думаю, весьма ценно. Кишечные зажимы, в отличие от щипцов *Muzeux* не травмируют, не имея крючков, и следовательно более гарантируют соседние органы от повреждений.

В нашей беседе о борьбе с атонией мы разобрали целый ряд методов, как лекарственное лечение, массаж матки, двойной прием *Piskacek-Lajos-Goth*'а,

горячий маточный душ, наложение жгута Momburg'a, прижатие аорты инструментальное и ручное, мой комбинированный прием, тампонацию матки и, как *ultimum refugium*, хирургические приемы: ущемление параметриев и экстирпацию матки.

Всякий метод, который вызывает сокращение матки, хорош и плох, если он не побуждает матки к сокращениям. Из этого правила исключение составляют ущемление параметриев и экстирпация матки.

Практический врач должен разобраться в этой массе приемов, он должен отклонить малополезные или опасные методы, он должен усвоить наиболее ценные и применять их не вразброд, а в известной последовательности, переходя по мере надобности от менее активного к более активному вмешательству.

Существует настоятельная потребность в выработке программы действий при атонических кровотечениях как до рождения последа, так и после него.

До рождения последа: выжимание его по Credé, выжимание по Credé под наркозом, ручное отделение последа. Вы видите, что в этой программе нет ни массажа матки, ни метода Gabastou, ни прижатия аорты. Способы эти или ненадежны или небезразличны и могут вести к потере драгоценного времени.

По возможности следует придерживаться указанной последовательности; лишь в исключительных случаях, очень сильное кровотечение может заставить вслед за первым неудачным выжиманием по Credé непосредственно перейти к ручному удалению последа.

Труднее установить последовательность вмешательств после, рождения последа.

Начинать надо с введения сокращающих матку препаратов (эрготин, питугландоль), при явном дефекте плаценты перейти к ручному удалению остатков, при отсутствии указаний на дефект приступить к массажу матки, положить лед на живот, после чего применить двойной прием Piskacek'a, прижатие аорты по Schmid'у (или мой комбинированный прием); если и после этого кровотечение не прекращается, следует сделать ручное обследование с последующим горячим душем, после чего уже остается ущемление параметриев по Henkel'ю или тампонация матки и наконец как последняя мера—экстирпация матки.

Схема будет такова:

эрготин (питугландоль);

ручное удаление остатков при дефекте;

массаж матки (лед на живот);

двойной прием Piskacek-Lajos-Goth;

прижатие аорты (или мой прием);

ручное обследование (Nachtastung) с горячим душем;

ущемление параметриев или тампонация;

экстирпация матки.

Если я предложил эту программу, то конечно я не осмеливаюсь претендовать на какую бы то ни было непогрешимость ее. Вопрос борьбы с атонией большой и вместе с тем большой. Без сомнения многие наши воззрения подлежат пересмотру, и соответственно этому и наш образ действий будет неоднократно подвергаться изменениям. Моя цель скромна, я хочу на основании изучения этого вопроса и своего личного опыта дать практическому врачу наиболее практическую схему и питаю надежду, что она встретит сочувствие и одобрение.

В заключение могу отметить факт учащения атонических последовых кровотечений за последнее десятилетие. Этот факт отмечает и Бучарин (Саратов). В 1 Саратовском роддоме атоническое кровотечение наблюдалось:

в 1912 г. —	в 1,4%	случаев
„ 1922 г. —	„ 2,8%	„
в 1923 г. —	„ 2,7%	случаев
„ 1924 г. —	„ 4,2%	„
„ 1925 г. —	„ 5,7%	„

Эта возрастающая частота атонических кровотечений стоит в тесной связи с какими-то особенностями условий современной жизни, нарушающими функцию деторождения. С одной стороны здесь играет роль возрастающее из года в год количество аборт, с другой—громадное распространение малярии (*Юртайкин*). У малярийных больных *Юртайкин* нашел атоническое кровотечение в 41,6% (95 случаев из всего числа 228 случаев атонических кровотечений). Интересно также, что *Улезко-Строганова* рассматривает атоническое кровотечение как следствие токсемию беременных, как особый вид гестозов. На значение конституциональных факторов в происхождении послеродовых кровотечений указывает *Decio* (Сиена, 1928) и приводит случай послеродового кровотечения у нескольких членов семьи.

Случай 40-й.

А. И. М., 22 лет (№ приемного журнала 2418) поступила в клинику 4 декабря 1926 года в 13 час. 53 мин. в родах.

Краткий анамнез: менсес с 12 лет, через 4 недели, по 3—4 дня, умеренные без боли. Замужем 2 года. В 1925 году срочные роды, плод родился мертвым. Послеродовой период без осложнений. Абортов не было. Последние регулы 12 марта. Движения плода чувствует с 26 июля. Беременность протекала без особенностей. Последний coitus неделю тому назад.

Родовые боли начались 4 декабря в 2 часа.

При поступлении: роженица правильного телосложения, хорошего питания. Блондинка. Живот увеличен соответственно доношенной беременности. Первое черепное положение; головка баллотирована над входом. Сердечные тоны плода слева ниже пупка. Окружность живота 98 см. Размеры таза: dist. spin.—26; dist. crist.—29; dist. troch.—31; conj. ext.—21 см. Окружность таза 89. Воды не отходили. Схватки через 10 минут, вполне удовлетворительные (14 час. 20 мин.).

В 17 час. 25 мин. отошли воды в умеренном количестве, головка тотчас же опустилась в полость таза.

В 17 час. 30 мин. начались сильные потуги. Половая щель начала отрываться. В 17 час. 35 мин. родился плод, живой, женского пола, весом в 3 000 г, длиной 50 см. Последовый период веден выжидательно. Спустя несколько минут по рождении плода пуповина значительно продвинулась (признак Ahlfeld'a), дно матки поднялось вверх и отклонилось вправо, одновременно став плоче (признак Schröder'a).

В 17 час. 50 мин. проба Küstner'a указала, что плацента отделилась и опустилась в выходную трубку: пуповина не втягивалась. Признак Strassmann'a отрицателен: перкуссия дна матки не передавалась пупочной вене. В 17 час. 55 мин. роженица стала ощущать давление на вилку (v. Mikulicz-Radecki). Кровоотделение в пределах нормы. Lege artis произведено выжимание последа по Credé (18 час.).

Плацента повилась в половой щели своей плодовой поверхностью вперед (по Schultze) и родилась без затруднений, оболочки же не последовали за детским местом, а тут же на глазах оторвались от плаценты и остались в родовых путях матери. Повреждения промежности и входа во влагалище нет.

Плацента дольчатого строения, без дефектов, вес ее 500 г, размеры 15 × 19. Пуповина гладкая, длиной в 48 см. По краям детского места лишь незначительные обрывки оболочек, очень дряблые, легко рвущиеся.

Что делать?

1. Так как оболочки задержались и повидимому целиком, показано немедленное ручное их удаление.
2. Если не будет патологического кровотечения, то нужно вести случай консервативно.

Роды прошли физиологически. Последовый период, самый ответственный из 3 периодов родов, протекал вполне нормально и вот в самом конце его, в момент выхождения последа случилась неожиданная патология—полная задержка оболочек. Повидимому строение их настолько дряблое, что они оторвались по краю плаценты. Вы видите осложнение последового периода, легкое для диагностики. В отношении же терапии ваши мнения опять разделились. Опять разногласие между активистами и консерваторами!

Если при задержке части плаценты, хотя бы незначительной или даже при одном лишь подозрении на таковую, мы в настоящее время склонны вмешаться активно, производя ручное обследование полости матки, то как же мы должны поступить в случае, когда при несомненной целости детского места задержались в родовых путях матери оболочки целиком или частично? Задержка оболочек пользуется гораздо меньшим вниманием авторов, чем задержка частей плаценты. Объясняется это повидимому тем, что при задержке оболочек реже наблюдаются кровотечения, могущие послужить показанием к вмешательству. *Витт* говорит, что задержка толстых слоев *deciduae*, особенно если она гипертрофирована вследствие предшествовавших эндометрических процессов, также ведет к усиленным кровопотерям, между тем как оторвавшиеся и застрявшие в матке клочья водной и ворсистой оболочек гораздо меньше внушают опасений в этом отношении.

А между тем задержка оболочек—событие, случающееся весьма часто. Вдумайтесь в механику отделения последа! Плацента отделилась от плацентарного места. Под влиянием последовых схваток она вместе с ретроплацентарной гематомой спускается вниз по родовому каналу, покидает полый мускул, подвигается по выходной трубке, увлекая за собою оболочки, которые в это время как бы отдираются от внутренней поверхности матки. В большинстве случаев эта отслойка оболочек совершается правильно и они, составляя одно целое с плацентой, послушно следуют за ней. В случае же ненормально плотного их соединения с *decidua* они не могут следовать за поступательным движением плаценты, задерживаются в матке, родившаяся плацента не может их увлечь за собою и растянутые выше пределов своей растяжимости они надрываются и в некоторых случаях отрываются по краям детского места.

Смотрите в момент рождения плаценты на тянущиеся от нее вглубь родовых путей оболочки. Иногда вы заметите, что они рвутся; наложите на свернувшиеся в канатик оболочки зажим и медленным, бережным влечением старайтесь их извлечь. При этом вы можете захваченные оболочки раскачивать маятникомобразными движениями вверх и вниз. Успешному отделению оболочек можно способствовать надавливанием на брюшные стенки над лоном и поднятием матки кверху (*Freund*) (прием, похожий на прием *Küstner'a*, применяемый для определения отделения плаценты). Если при последней манипуляции атмосферный воздух и войдет во влагалище, то нечего бояться воздушной эмболии. Повидимому этот воздух выше внутреннего зева не проникает. При общеупотребительном способе вращения вышедшей плаценты скручиваемые в шнурок оболочки отрываются легче и, будучи оторваны, глубже прячутся в родовую канал.

Но вот оторвались оболочки и скрылись в глубине влагалища. Как быть? Известно, что наичаще задерживается *decidua*, реже всего *amnion*.

Задержка deciduae диагностике поддается трудно, отрыв же ворсистой и водной оболочек нам всегда ясен. Спрашивается: извлекать или не извлекать? Посмотрите литературу и вы увидите, насколько мнения по данному вопросу разноречивы. Свисающие из вульвы оболочки можно конечно попытаться извлечь указанным выше способом. Скрывшиеся же в глубине родовых путей оболочки обычно не советуют удалять, так как они, по мнению многих авторов, не причиняют существенного вреда, ни в смысле кровотечения, ни в смысле инфекции. *Veit*, считая вхождение рукой в матку ненужным и опасным, стоит за строгий консерватизм. Так же смотрит на дело *Kurt Mengel* (Гамбург, 1927). Задержка оболочек менее опасна, чем ручное обследование матки (*Nachtastung*). На противоположном полюсе стоит *Brandt* (Христиания), советующий при всяком кровотечении после рождения последа входить в матку и извлекать обрывки оболочек и даже все приставшие к стенке матки кровяные сгустки. Он полагает, что ни выжиманием, ни массажем матки задержавшиеся куски оболочек и сгустки не могут быть удалены. В задержке их он видит главную причину кровотечений после рождения последа, в удалении их—истинную профилактику послеродовой инфекции. В его клинике в Осло на 4500 родов в течение последних 3 лет пришлось прибегнуть по поводу послеродовых кровотечений к ручному удалению сгустков крови и остатков оболочек в 100 случаях (т. е. около 2%). *Brandt* выдвигает свой метод с профилактической целью и рекомендует его каждому асептически работающему практическому врачу (*Prager*—1926).

Что касается кровяных сгустков, то такой авторитет, как *Stöckel* считает неправильным и опасным удаление их рукой с целью вызвать сокращение матки при кровотечении. Он говорит лишь о необходимости выжимания этих сгустков. На этом выжимании сгустков настаивает и другой авторитет—*Zangemeister. Kok* (1926), напротив, считает необходимым ручное удаление сгустков и объясняет невозможность удалить кровяные сгустки из полости матки выжиманием тем, что сгустки эти малы и тесно спаяны со стенкой матки; свободно же лежащие в полости матки сгустки, по его мнению, часто не могут быть выжаты в силу спазма внутренней зева, вызванного приемом сокращающих матку средств.

Как же быть? У нашей больной вслед за рождением последа матка сократилась вполне удовлетворительно. Патологического кровотечения нет.

Понаблюдаем за нашей больной: если появятся наружное кровотечение или признаки кровотечения внутреннего, то мы конечно вмешаемся активно. Массажем матки, энергичным выжиманием мы удалим сгустки, а может быть и задержавшиеся оболочки. Если же и тогда кровотечение не остановится, мы конечно не преминем, не теряя времени, приступить к ручному обследованию матки, памятуя принципы, изложенные в предыдущей беседе.

А если не будет кровотечения? Мой личный опыт говорит, что задержавшиеся оболочки обычно выходят в первые дни послеродового периода, часто целиком, иногда частями. Пребывание их в родовых путях обычно мало отражается на течении послеродового периода. В противоположность задержке части плаценты серьезных последствий не бывает, дело ограничивается незначительным одно-или двукратным повышением температуры и появлением запаха выделений до выхождения оболочек. Так мы привыкли трактовать задержку оболочек и пока от изложенного образа действий не отказываемся.

Может быть дальнейшее накопление клинического опыта заставит нас пересмотреть и этот вопрос так же, как мы пересмотрели вопрос о терапии задержки частей плаценты. Итак при отсутствии патологического кровотечения мы решили вести случай консервативно.

Родильница находилась в родильной под наблюдением в течение 2 часов. Кровотечения не наступило. Матка хорошо сокращается. На другой день (5 декабря) самочувствие родильницы хорошее. Температура—36,8. Пульс 64. Дно матки на 2¹/₂ пальца ниже пупка. Выделения кровянистые, обильные, без запаха. Вечером температура—37,3. 6 декабря температура нормальна. Пульс 72. Выделения кровянистые с незначительным запахом. Больная жалуется на схваткообразные боли в животе. 7 декабря. Температура—37,2. Пульс 80. Дно матки 4 пальца над лоном. Выделения серозно-кровоянистые с запахом. Стул был, жидкий. Вечером температура—38,4. Назначен butyrol Милютинной под кожу ежедневно. 8 декабря температура—37,8. При схваткообразных болях внизу живота вышел кусок оболочек. Выделения серозно-кровоянистые с запахом. Стул жидкий. Вечером—37,5. 9 декабря температура—36,8. Ночью опять вышел кусок оболочек. Выделения с запахом. Вечером—37,5.

С 10 декабря температура не подымалась выше 36,8. Выделения скоро утратили запах. Все время самочувствие хорошее.

14 декабря на 10-й день родильница выписалась домой с ребенком.

Интерес случая. Молодая повторнородящая женщина разрешилась живым доношенным младенцем. Последовый период длился 25 минут и завершён легким выжиманием отделившегося последа. Плацента без дефектов. Оболочки оказались задержавшимися целиком. В виду отсутствия патологического кровотечения решено вести случай консервативно. Оболочки вышли кусками на 4-й и 5-й день после родов. Однократное повышение температуры на 3-й день до 38,4. Запах выделений. На 10-й день родильница выписалась здоровой.

Случай 41-й.

Ю. Н., 25 лет (№ приемного журнала 4090), поступила в клинику 16 апреля 1927 г. в 16 час. 15 мин. в родах.

Краткий анамнез: менeses с 14 лет, через 4 недели, по 4—5 дней, необильны, без боли. Замужем 2 года. Беременность первая. Последние регулы 6 июля. Движение плода начала ощущать 21 ноября. Беременность протекала без особенностей. Последний coitus 1 месяц назад. 15 апреля в 20 час. 30 мин. начались родовые боли.

При поступлении: роженица правильного телосложения, умеренного питания. Шатенка. Температура 36,8. Со стороны сердца и легких отклонений от нормы нет. Пульс 80, ровный, удовлетворительного наполнения. Живот увеличен соответственно доношенной беременности. На животе свежие рубцы беременности. Нигде отеков нет. Положение плода продольное. В дне матки ягодицы плода, спинка справа, мелкие части слева, предлежит головка, вступившая известным сегментом во вход в малый таз. Сердечные тоны выслушиваются справа ниже пупка. Окружность живота 98 см. Высота дна матки—35 см. Размеры таза: dist. spn.—25; dist. crist.—27; dist. troch.—31; conj. ext.—19¹/₂. Окружность таза 90.

Родовая деятельность удовлетворительная: схватки через 6—7 минут, продолжаются 1 минуту. Дежурным врачом произведено внутреннее исследование (16 ч. 40 м.). Наружные половые органы развиты правильно. Слизистая входа во влагалище резко синюшна. Выделения обильны, слизисты. Шейка сглажена, зев открыт на 3 поперечных пальца. Края зева толстоваты. Плодный пузырь цел, во время схватки напрягается. Предлежит головка, стоящая большим сегментом во входе. Мыс прямым пальцем не достигается. Во избежание разрыва пузыря детальное обследование головки не произведено.

Мы имеем перед собою первородящую, с нормальным тазом, правильным положением плода (2-е головное) и нормальной родовой деятельностью. Будем вести роды строго консервативно. В 20 часов. Схватки частые, через 3—4 минуты. Сердечные тоны плода ясные, 142 удара в минуту. В 20 час. 25 мин. на высоте схватки отошли воды в умеренном

количестве, несколько окрашенные меконием. Сердечные тоны плода участились до 150 ударов в минуту и стали несколько глуше.

В 22 часа. Схватки стали значительно реже (через 10 минут), очень короткие, слабые. Потуг нет. Сердечные тоны плода глуховаты.

В чем дело?

1. В периоде изгнания наступила вторичная слабость родовых болей. Показано введение препаратов гипофиза.
2. В виду явлений начальной асфиксии плода показано немедленное родоразрешение; если только есть достаточное открытие зева, путем наложения щипцов.

Родовой акт протекал повидимому физиологически. Правда, период раскрытия продолжался дольше, чем в норме. В периоде изгнания родовая деятельность стала явно несостоятельной. Вы правильно квалифицируете подобное ослабление изгоняющих сил как вторичную слабость болей. Вы предлагаете препараты гипофиза, как специфическое средство, весьма успешно усиливающее схватки именно в периоде изгнания.

Обычно действие питуитрина (питугландоля) проявляется минут через 10 после впрыскивания. Но мы не знаем, сколько времени пройдет до рождения младенца. Если бы мы были уверены в полном благополучии плода, мы так бы и поступили. Здесь же можем ли мы со спокойной душой ждать час, два, три? Ведь уже имеются симптомы начальной асфиксии плода: воды несколько окрашены меконием, сердечные тоны плода после отхождения вод стали учащенными и заглушенными. Можем ли мы ограничиться мерами, направленными к усилению родовых болей? Конечно нет! Не ускорять период изгнания мы должны, а закончить его. В интересах плода родоразрешить мать и притом немедленно. Мысль наложить щипцы напрашивается сама-собою. Но если показания и налицо, даны ли условия к операции наложения щипцов? Поспешить же произвести внутреннее исследование! А тем временем акушерка приготовит все необходимое для операции наложения щипцов.

Шейка сглажена, открытие зева 4 пальца, края его очень тонкие, плодного пузыря нет, головка в полости таза, крестцовая впадина занята, с боков с трудом определяются седалищные ости. Родовой опухоли нет. Стреловидный шов в левом косом размере таза. Малый родничок справа и спереди, большой выше, слева и сзади.

Условия даны, но не все: головка в полости таза, воды прошли, размеры таза соразмерены, головка не слишком велика и не слишком мала, плод жив, только открытие зева неполное.

Должно ли не вполне завершившееся открытие зева нас удерживать от наложения щипцов, если имеются жизненные показания со стороны плода к родоразрешению? Зев открыт на 4 пальца, края его тонкие, само наложение щипцов трудностей не представит, во время тракций есть основание надеяться, что зев растянется до полного раскрытия и уйдет за головку. А посему приступим к операции.

В 22 часа 30 мин. операция под наркозом (CHCl_3). Наружные части, внутренние поверхности бедер, промежность и anus смазаны йодом. Левая ложка, взятая левой рукой, введена в левую половину таза и направлена более впереди, правая ложка введена в правую половину таза и притом более сзади. Таким образом щипцы легли в правом косом размере таза. (т. е. атипически), на головку они легли бипаритально (т. е. типически). Введению ложек края зева не мешали, легко удалось под контролем пальцев ввести ложку между зевом и головкой. Уже при первой тракции (пробной) головка совершила свой внутренний поворот: стреловидный шов стал в прямой размер, щипцы оказались лежащими в поперечном. Дальнейшими тракциями затылок выведен из-под лонной

дуги, показались теменные бугры; щипцы сняты; в виду напряжения промежности сделана perineotomia. Головка выведена по Ritgen-Olshausen'у. Родившаяся головка повернулась лицом к левому бедру матери. Младенец извлечен в легкой асфиксии. Пуповина зажата в двух местах клеммами, рассечена. Ребенок легко оживлен, мужского пола, весом в 4100 г, длиной 55 см.

Вслед за младенцем из родовых путей началось сильное кровотечение мощной струей.

Откуда кровотечение? Что делать?

1. Кровотечение атоническое. Надо немедленно выжать послед и принять меры к сокращению матки.
2. Кровотечение вряд ли атоническое. Надо предположить разрыв шейки, тем более, что щипцы были наложены при неполном раскрытом зеве. Показаны: немедленное выжимание послета, осмотр шейки и наложение швов на разрыв.

Опять перед нами сильное кровотечение в последовом периоде! Опять перед нами вопрос: откуда кровотечение? Отчего? Помощь нужна немедленная, нельзя терять ни минуты на выжидание! Но помощь должна быть рациональна, а таковой она может быть лишь, когда причина кровотечения выяснена. Первая мысль, конечно: „кровотечение атоническое“. Но уже внезапное начало его непосредственно вслед за рождением младенца необычно для атонии. В огромном большинстве случаев атонии кровотечение так не начинается. Может быть кровотечение зависит от разрыва мягких частей где-либо на протяжении родового канала? Может быть имеется и атоническое кровотечение совместно с кровотечением из разрыва? На все эти вопросы нам надо найти вполне определенный ответ. При последе же, сидящем еще в матке, мы этого не можем. А посему первой нашей заботой будет удаление послета. Вы совершенно правы, требуя выжимания послета по Credé! Безразлично отделился ли он уже или не отделился—он должен быть удален.

2 минуты после извлечения младенца при кровотечении струей мы приступили к выжиманию послета по Credé. Оно удалось довольно легко. Послед вышел по Duncan'у, тут же был тщательно осмотрен, дефектов ни в плаценте, ни в оболочках не обнаружено. Матка сократилась вполне удовлетворительно. А кровотечение продолжается!

Теперь по удалении послета, мы уже сможем разобраться в дифференциальной диагностике. Атоническое (гипотоническое) кровотечение зависит от плохой ретракции матки. Опытная рука, положенная на живот родильницы, сразу определит, сократилась ли матка или нет, мягкая она или плотная.

Плотная матка, пришедшая в состояние длительной ретракции, кровоточить не может. На этом факте основано распознавание кровотечений из разрыва. Если же консистенция матки мягкая, дряблая, то кровотечение может быть атоническим, но не исключается и разрыв, так как возможно и одновременное существование атонии и разрыва. Если дряблая матка будет приведена в состояние длительной ретракции (массаж и проч.), и кровотечение, несмотря на это, будет продолжаться, диагноз разрыва станет достоверным.

Казалось бы, изложенные положения в каждом конкретном случае должны внести полную ясность в дело распознавания. Однако действительность доказывает, что это далеко не так. Отличить атоническое кровотечение от кровотечения из разрыва часто легко, иногда весьма трудно, в редких случаях невозможно.

Предположим, кровоточит из разрыва, одновременно атония матки, несмотря на все меры, упорно держится; как вы распознаете разрыв? Большое значение имеет время начала кровотечения. Диагностика облег-

чается, если непосредственно вслед за рождением младенца кровь начинает истекать струей. Так в нашем случае вы с огромной долей вероятия заподозрите разрыв. Но в ряде случаев даже большой разрыв, напр. шейки, может некоторое время не кровоточить, ничем не давая о себе знать. Если напр., послед быстро отделился, опустился в выходную трубку и тут, помещаясь в области разрыва шейки, тампонирует кровоточащее место и производит давление на кровоточащий сосуд, кровотечения не будет, и лишь после рождения последа разорванный сосуд, освободившись от тампонирующего действия последа, даст сильное кровотечение. Разве в этом случае легко будет поставить диагноз кровотечения из разрыва? Недавно в клинике был случай извлечения плода за тазовый конец (В. С., 9 апреля 1927 г., № 3080). Вследствие асфиксии плода он был извлечен *lege artis*, головка выведена по Smellie-Veit'y (вес 3700,0, длина 50). Роженица сразу по извлечении плода обильно закровоточила, спустя несколько минут кровотечение почти прекратилось. Через 25 минут вышел послед, после чего возобновилось сильное кровотечение. Матка хорошо сократилась, кровотечение же продолжалось. Стало ясно, что имеется разрыв, и осмотр шейки с помощью зеркал обнаружил правосторонний разрыв ее, доходящий до свода, и незначительный разрыв слева. На разрывы наложены швы. Кровотечение прекратилось. Не правда ли, оригинальный случай! Теперь вам ясно, что глубокий правосторонний разрыв шейки дал первоначальное сильное кровотечение. Отделившийся послед через несколько минут уже лежал мощным тампоном в разрыве и остановил кровотечение на целых 25 минут. Кровотечение возобновилось по рождению последа и продолжалось несмотря на длительную ретракцию матки. Это последнее обстоятельство и выяснило этиологию кровотечения.

Далее указывают на характер кровотечения, как на важный для распознавания момент. При атонии матки кровь струится, при разрыве она брызжет. Полагаю, что это положение страдает теоретичностью. В обоих случаях кровотечение артериальное, в обоих случаях кровь вытекает из сосудов во влагалище, и легко себе представить, что при разрыве шейки брызжащая из сосуда кровь скопится в рукаве и затем уже струей будет вытекать из половой щели.

При атонии кровь обычно более темная и отходит часто сгустками, при разрыве она более алая и жидкая. Но опять-таки и это отличие неверное. При разрыве кровь, скопляясь во влагалище, может отчасти свернуться, с другой стороны кровотечения может при атонии быть настолько сильным, что кровь не успевает свернуться и истекает из родовых путей мощной алой струей. Практически важно однако что при разрыве кровь по рождению последа течет непрерывно или почти непрерывно, при атонии как бы толчками.

Прежде чем перейти к обсуждению терапии кровотечений из разрывов, посмотрим, какие же бывают вообще разрывы на протяжении выходной трубки свежей родильницы.

Наиболее часто встречаются разрывы промежности, от поверхностного надрыва задней спайки до полного разрыва промежности с разрушением сфинктера *anus'a* и повреждением передней стенки прямой кишки. Эти разрывы распознать легко. При хорошем освещении, разведя половые части, мы видим разрыв на всем его протяжении или на большей части его. Не следует упускать из виду, что разрыв промежности нередко распространяется вглубь влагалища, обходя *colunna rugarum* справа или слева.

Каждый разрыв промежности кровоточит, но обычно кровотечение очень небольшое, лишь обширные разрывы 3-й степени могут дать действительно значительное кровотечение, требующее немедленной остановки посредством наложения швов.

Не забудьте осмотреть всю окружность входа во влагалище: часто вы увидите в переднем отделе ее весьма типические повреждения.

Наряду с плоскими мало кровоточащими ссадинами на внутренней поверхности малых губ или со сквозными окошками в них, мы нередко видим с той или другой стороны уретры рваную рану, сильно кровоточащую. При этих последних повреждениях нередко травмируются кавернозные тела клитора или уретры (рис. 110). Неопытный глаз в первый момент может не найти наружного отверстия уретры, а это нужно не только для ориентировки, но и для правильности наложения швов. Я видел

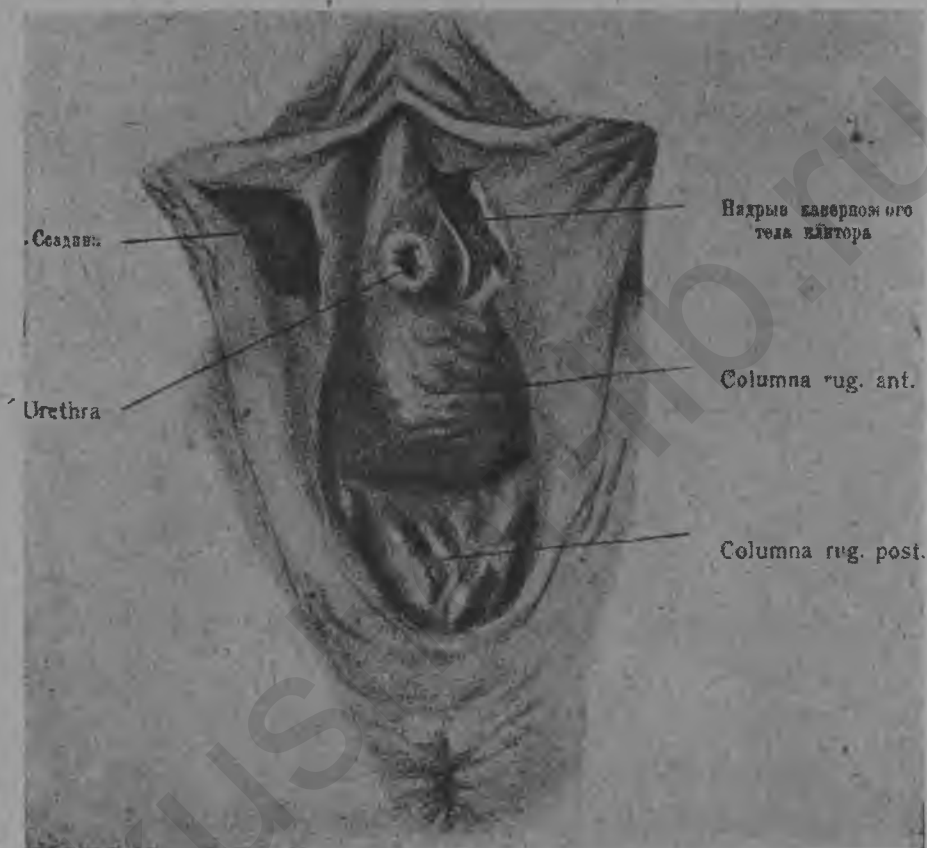


Рис. 110. Типические повреждения в переднем отделе преддверья.

происшедшее в родах тяжкое повреждение уретры: канал был на середине своей длины разорван на 2 части, так что пришлось оторвавшуюся часть уретры пришивать по всей ее периферии к верхнему отделу ее, конечно на металлическом катетере.

Повреждения губ, области клитора и уретры могут сильно кровоточить, особенно при наличии в этой области варикозно-расширенных вен. Зашивание требует большой тщательности. Зашивая разрывы около уретры, можно легко захватить в шов стенку мочеиспускательного канала или даже всю уретру.

Если повреждена *art. clitoridis* (что легко узнать по пульсирующей струйке), то требуется изолированное обкалывание ее.

Разрывы влагалища, являющиеся как бы продолжением вверх разрывов промежности, обычно мало кровоточат. Другое дело—разрывы верхних

отделов влагалища, каковые наблюдаются исключительно при оперативном родоразрешении. Я видел глубокие, проникающие в паракольпий, травмы боковых стенок влагалища, нанесенные ложками щипцов при ротации ими головки. Я видел также рваные раны в боковых сводах влагалища, происшедшие при неосмотрительном введении ложек щипцов кнаружи от каймы зева. Подобные ранения могут дать сильное кровотечение (art. cervico-vaginalis, uterinae) и могут быть обнаружены только при обследовании влагалища рукою или с помощью зеркал.

Наряду с разрывами, которые можно видеть, существуют разрывы невидимые для глаза и все же чрезвычайно важные с смысле отдаленных последствий. Я говорю о разрывах леваторов (m. levator ani). Во время периода изгнания краевые пучки леваторов, образующие hiatus levatoris ani, m. puborectales подвергаются травматизации и могут разорваться или вернее оторваться. Эти отрывы леваторов происходят на месте перехода мышечного отдела их в фасциальный, т. е. сбоку недалеко от лонных костей и могут быть прощупаны (*E. Martin*). Этот автор в среднем и заднем отделах леваторов разрывов никогда не находил. Леватор рвется по временам раньше промежности. Даже при неповрежденной промежности могут оказаться разорванными обе ножки леваторов. *E. Martin* считает, что и усердная защита промежности не может подчас предохранить леваторы от разрыва. Лично я полагаю, что именно слишком усердная и слишком длительная защита промежности сама по себе ведет к травме леваторов. Из этого вытекает, что ведение периода изгнания должно быть очень бережным. Перинеотомия, разгружая промежность, ускоряя чрезмерно продолжительное прорезывание головки, несомненно разгружает и леваторы. *E. Martin* отрицает это влияние перинеотомии и видит профилактику разрывов леваторов в разрезе Schuchard'ta. Я несколько остановился на травмах леваторов потому, что в них кроется причина последующей недостаточности тазового дна, т. е. первопричина проляпса.

Сильное кровотечение дают чаще всего разрывы шейки матки. При ранении влагалищных ветвей маточной артерии, а тем более при повреждении главного ствола ее, кровотечение при этом может стать угрожающим и даже свести родильницу в могилу.

Из физиологии родов известно, что боковые надрывы наружного зева случаются у первородящих почти всегда. Зев в момент прохождения головки растягивается в круговом направлении ad maximum и надрывается с одной или с обеих сторон. Эти физиологические надрывы идут только через слизистую оболочку и наружные круговые мышечные волокна, обычно не кровоточат, заживают рубцеванием и впоследствии они-то и служат важным диагностическим признаком бывших родов, превращая наружный зев из точечного отверстия в поперечную щель. Иногда даже при произвольных родах разрывы шейки проникают глубже и ведут к кровоточащим ранениям, напр. при стремительных родах, при рубцовых изменениях влагалищной части, при новообразованиях, особенно раковых. Понятно, что этим разрывам способствует большая величина плода, твердость головки, большой объем плечевого пояса. Практически наиболее важны разрывы шейки, происходящие при оперативном родоразрешении при неполном раскрытии зева.

Извлекает ли оператор предлежащую головку щипцами, выводит ли он последующую головку через неполный зев, все равно—узкое кольцо зева внезапно и насильственно растягивается в поперечном направлении, оно надрывается с боков и эти разрывы быстро распространяются в стороны, создавая тяжкие разрывы шейки. Во время самой родоразрешающей операции разрывы не кровоточат, потому что плод надежно прижимает разорванные ткани к стенкам таза. После же рождения младенца начинается сильное, угрожающее жизни большой кровотечение.

Не имеем ли мы в нашем случае именно такую картину? Ведь и у нашей больной щипцы были наложены при неполном раскрытии зева, по извлечении младенца началось сильное кровотечение. Мы уже убедились в том, что матка сократилась хорошо, что атонии ее нет. Неужели мы еще можем сомневаться в том, что родильница кровоточит „из разрыва“. И этот „разрыв“ в данном случае должен быть разрывом шейки.

В таких случаях нет места какому-либо выжиданию, надо немедленно найти место разрыва. *Stöckel* рекомендует немедленное вхождение рукой

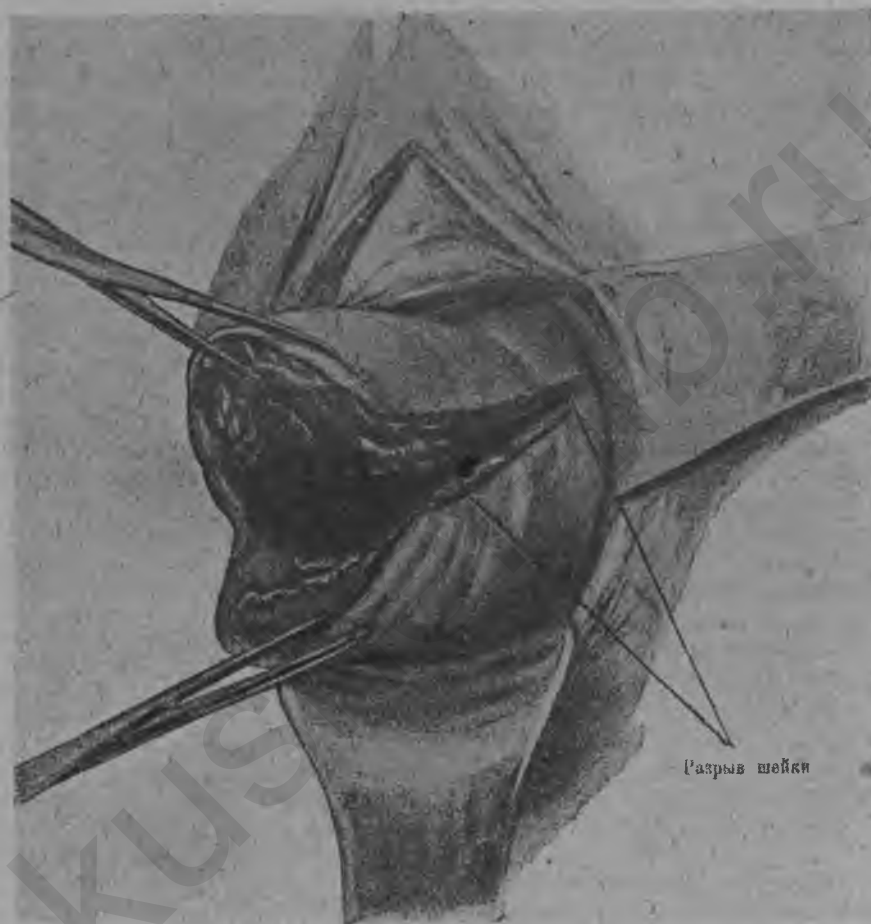


Рис. 111. Обнажение разрыва шейки путем низведения влагалищной части.

в родовые пути: введенная рука, раньше чем начать поиски разрыва, должна определить контракционное кольцо, отделяющее дряблую шейку от сократившегося полого мускула. Наличие контракционного кольца исключает атонию. Эта же введенная рука убеждается в наличии или отсутствии разрыва шейки. *Stöckel* советует развести пальцы введенной руки интрацервикально, наподобие браншей расширителя *Bozzi*. При целости шейки рука получит ощущение прилегающей к ней по всей ее периферии каймы зева; неполучение этого ощущения докажет разрыв или разрывы шейки.

До настоящего времени нам не приходилось следовать изложенному совету *Stöckel*'я; при подозрении на разрыв шейки я немедленно беру родильницу на край родильной кровати, ввожу длинные пластинчатые зер-

кала, обнажаю шейку, захватываю края зева спереди и сзади пулевыми щипцами и вывожу шейку наружу. Картина сразу становится ясной (рис. 111).

Так мы и поступили. Осмотр захваченной и выведенной наружу шейки указал, что слева имеется боковой линейный разрыв, идущий от наружного зева до свода, из глубины которого сочилась кровь. Справа такой же разрыв, но меньшей длины. На разрывы наложено по два катгутовых шва. Кровотечение прекратилось. Осталось зашить промежность, разрезанную в момент прорезывания головки. Со стороны влагалища наложено 3 катгутовых шва, 1 на спайку, со стороны кожи промежности 6 нитяных швов.

Операция произведена под тем же наркозом, который был дан для наложения щипцов. Общее состояние родильницы вполне удовлетворительно. Бледность незначительна. Пульс 104, мягкий. Матка хорошо сокращена, дно ее определяется на 3 пальца ниже пупка. Кровотечение в пределах нормы.

Впрыснут эрготин под кожу. На живот пузыря со льдом. Больная оставлена на 2 часа в родильной под наблюдением акушерки.

Течение послеродового периода было гладкое. Температура не повышалась выше 37,3. На 6-й день сняты швы с промежности.

На 10-й день 26 апреля родильница выписалась домой.

Итак, обнаружив разрывы шейки, мы их тут же зашили. Для нас зашивание является методом выбора в терапии разрывов шейки. Хорошо, что разрывы были легко доступны, что никакого труда не составляло обколоть кровоточащее место.

Из нижеследующего вы усмотрите, что лечение разрывов шейки—дело далеко не всегда простое и легкое. Бороться с кровотечением из разрывов шейки введением эрготина или препаратов гипофиза бессмысленно, так как разрыв лежит вне пределов способного сокращаться полого мускула. Горячий влагалищный душ и тампонацию влагалища я отвергаю как меры нерациональные. Как временную меру, весьма полезную, рекомендую прижатие аорты (см. рис. 21). Этот ценный прием дает нам достаточно времени для приготовления инструментария, нужного для зашивания разрыва.

Наложение швов на кровоточащий разрыв есть, как я уже сказал, единственно правильная терапия. Правда, для успешного выполнения этой операции нужно знакомство с техникой влагалищных операций, нужна опытная ассистенция, хорошее освещение и соответствующий инструментарий. И если все это налицо в каждой клинике и достаточно оборудованной больнице, то в частной квартире успешное зашивание разрыва шейки может встретить непреодолимые затруднения. Нечего говорить, что попытка к зашиванию при неподходящих внешних условиях опасна не только в смысле усиления кровотечения, но и в смысле возможности занесения инфекции.

При небольших разрывах техника зашивания несложна. Обнажите операционное поле пластинчатыми зеркалами, низведите пулевыми щипцами свисающую парусом во влагалище шейку, так чтобы была видна вся периферия зева и вы увидите перед собою боковые разрывы. Важно найти верхний угол разрыва, потому что именно здесь, в верхнем углу разрыва или чаще выше него, в клетчатке находится кровоточащее место. Отведите пулевые к бедру, противоположной стороне разрыва и накладывайте первый шов на верхний угол разрыва, захватывая в шов как можно больше ткани. Это последнее обстоятельство особенно важно потому, что кровоточит ведь не из угла видимого разрыва, а выше, из параметриальной клетчатки, невидимо для глаза. Тут разорваны крупные ветви маточной артерии, а может быть главный ее ствол. Артерия в силу своей эластичности ушла вглубь клетчатки, и надо массивно взять в шов именно параметрий, иначе—как часто это бывало!—несмотря на тщательно наложенный на верхний угол разрыва шов, кровотечение будет продолжаться и больная после зашивания разрыва шейки все же может истечь кровью. Не бойтесь захватить

уретер! Правда, он пролегает очень близко от края шейки и очень близко от маточной артерии, но если вы низведете шейку энергично наружу, уретер отойдет/кверху и не попадет в шов. Мне не случалось ранить мочеточника и я не видел подобного случая у других. *Stöckel* указывает, что мочеточниковый свищ может зажить или может быть зашит, умершую же от кровотечения родильницу уже не воскресить.

Описаны случаи, в которых шейка на вид была цела, а выше же неповрежденного зева имелся разрыв, проникавший в параметрий. Нечего и говорить, что распознавание такого скрытого разрыва необычайно трудно. Эти разрывы могут произойти при извлечении плода после поворота на ножку при полном раскрытии зева. По рождении туловища внутренний зев может судорожно сократиться и обхватить шею плода. Насильственное извлечение головки ведет в таком случае к разрыву внутреннего зева, проникающему в параметрий.

Самые тяжелые случаи разрывов шейки относятся к случаям предлежания последа. Тут мы имеем роковую комбинацию необычайной рыхлости тканей, пронизанных обилием расширенных сосудов, с атонией нижнего сегмента. Каждый укол усилит кровотечение, каждая попытка тампонировать нанесет рыхлым тканям еще большую травму. Вот почему именно при предлежании последа важна профилактика разрывов шейки, на что я уже указал в наших беседах о *plac. praevia*.

В настоящее время вряд ли кто-либо решится на тампонацию разрыва раствором полуторахлористого железа. Мне всего один раз пришлось тампонировать свежую послеродовую матку *sol. liq. ferri sesquichlorati* (1:6). Кровотечение остановилось, но ценою обугливания всей внутренней поверхности матки. Для отчаянных случаев в нашем распоряжении еще остается ущемление параметриев по *Henkel*'ю. К сожалению, на экстирпацию матки *per. abdomen* или *per. vaginam* приходится решаться, когда уже слишком поздно. Вконец обескровленную большую операцию уже не может спасти.

Если исключить редчайшие случаи, о которых я только-что говорил, и взять обычные случаи разрыва шейки, как легкие, так и более тяжелые, то для них конечно правильной терапией будет рациональное зашивание. Каждый врач-акушер должен настолько владеть техникой вагинальных операций, чтобы справиться с разрывом шейки, даже проникающим в клетчатку.

Здесь я хочу попутно упомянуть об одной оригинальной форме разрывов шейки, о так наз. шеечно-влагалищных свищах (*fistula cervico-vaginalis laquaеatica*). Правда эти „центральные“ разрывы шейки происходят чаще всего не при доношенных родах, а при выкидышах и реже—при преждевременных родах. В 1913 г. я имел 4 собственных наблюдения и собрал 43 случая из литературы. Война помешала опубликованию работы. У нас в России эти разрывы описаны *Рябинцевой-Преображенской*, *Матвеевым*, *А. Н. Павловым* и в последнее время проф. *Л. И. Бубличенко* и *Д. И. Богинным* (клиника проф. *Л. А. Кривского*).

Шеечно-влагалищные свищи случаются чаще всего при выкидышах на 4—5-м месяцах, в большем числе случаев обнаруживаются не во время аборта, а долгое время спустя в виде свищевого хода, соединяющего шеечный канал с задним сводом влагалища. Именно задняя стенка шейки является обычным местом центрального разрыва ее. Направление разрыва чаще всего поперечное, величина разрыва находится в соответствии со сроком беременности. Представьте себе напр. 4-месячный выкидыш у первобеременной. Плодное яйцо под влиянием сильных схваток смещается вниз, через широко раскрытый внутренний зев опускается в полость шейки. Если наружный зев очень ригиден и не имеет склонности раскрыться, он отклоняется кпереди, плодное яйцо растягивает шейку все более и более, задняя ее стенка истончается, баллонообразно раздутая шейка еле вмещает

свое содержимое. Не находя выхода через закрытый ригидный зев, плодное яйцо как бы прокладывает себе путь через заднюю стенку шейки, мышечные волокна шейки на вершине купола задней ее стенки расползаются, в концевых местах происходит небольшой разрыв, быстро расширяющийся в стороны, и через образовавшуюся расщелину рождается во влагалище плодное яйцо. В этиологии подобных центральных разрывов шейки может быть лежат конституциональные моменты, как резкий перегиб тела матки кпереди, недостаточная подвижность тела матки по отношению к шейке, отклонения в форме и консистенции шейки, как удлинение, неподатливость ее, узость цервикального канала, ригидность наружного зева, хоботообразная передняя губа, спазматическое сокращение кольцевой мускулатуры зева. Возможно, что и инфантилизм матки способствует образованию ложного хода во время аборта (*abortus praeternaturalis* по терминологии проф. Л. И. Бубличенко), легко допустить, что неподатливость, ригидность зева есть следствие воспалительных процессов в шейке. В некоторых случаях в происхождении шеечно-вагинальных свищей играют роль попытки к плодоизгнанию—разного рода инструментальные вмешательства. Мне пришлось видеть центральный разрыв задней стенки шейки, так сказать *in statu nascendi*. У первобеременной вечером был введен, после расширения шейки Hegar'ами, небольшой метрейринтер. Беременность была 3-месячная. Всю ночь были очень сильные, чрезвычайно болезненные схватки, метрейринтер не рождался. Утром, при исследовании, наружный зев оказался закрытым и обхватывающим кишку баллона, задняя стенка шейки оказалась куполообразно выпяченной. По введении зеркал представилась замечательная картина: на вершине купола ткань была истончена настолько, что через эпителий просвечивал лежавший в шейке черный баллон. Лишь своевременное опорожнение метрейринтера предохранило шейку от готового совершиться центрального разрыва.

По обнаружении свежего центрального разрыва шейки (*fistula cervicovaginalis*) не следует его зашивать. Эти разрывы не дают сильного кровотечения, по видимому в силу разможнения ткани и отсутствия в этой области крупных сосудистых ветвей.

Если мостик между разрывом и наружным зевом тонкий, лучше его рассечь по средней линии, во избежание его омертвения. Совет—тут же ампутировать влагалищную часть—я не могу одобрить; лучше вести случай консервативно и уже в дальнейшем, при наличии тягостных для больной симптомов (бели) сделать ампутацию шейки.

Центральные разрывы задней стенки шейки могут встретиться каждому врачу-акушеру; вот почему я и счел нужным вкратце о них упомянуть. Они не грозят больной кровотечением, они уродуют шейку и создают благоприятную почву для катаров в дальнейшем.

Угрожающие кровотечения дают лишь боковые разрывы шейки в родах; знание их профилактики, распознавания и терапия обязательно для каждого врача-акушера.

Интерес случая. У молодой первородящей в периоде изгнания наступает вторичная слабость родовых болей. Начинаясь асфиксия плода заставляет спешить с родоразрешением. При открытии зева на 4 пальца и головке, стоящей в узкой части полости, делается операция наложения щипцов. Непосредственно вслед за извлечением младенца начинается сильное кровотечение. Послед выжимается по Credé. Несмотря на хорошую ретракцию матки кровотечение продолжается. Ставится диагноз разрыва шейки, каковой и обнаруживается при исследовании с помощью зеркал. Зашивание разрыва прекращает кровотечение.

Случай 42-й.

Анна П., 20 лет (№ приемного журнала 8975) поступила, в больницу для родо-разрешения 1 июля 1925 г. в 3 часа 55 минут.

Половой жизнью живет 3 года, родов не было. Год тому назад был искусственный выкидыш. В детстве перенесла корь, в 1915 году брюшной тиф.

Последние регулы в ноябре 1924 г. (?). Время первого движения плода указать не может. Последний coitus 1½ мес. тому назад. Боли начались 30 июня в 15 часов.

При поступлении родовая деятельность вполне хорошая. Размеры таза: 25—28½—30—18½. Окружность живота 91 см. По наружному исследованию—первое затылочное положение. Сердечные тоны плода слева ниже пупка. Головка в полости таза.



Рис. 112. Prolapsus totalis uteri inversi et vaginae.

В 4 часа 15 минут прошли воды.

В 6 часов 5 минут родился плод, женского пола, живой, весом в 2400 г, длиной в 48 см, почти доношенный.

В 6 часов 15 минут, т. е. через 10 минут после рождения плода началось значительное кровотечение.

Присутствовавший при родах врач, положив руку на живот роженицы, определил дно матки, находящееся всего лишь на 3 пальца над лоном. Легкий массаж матки и однократная попытка выдавить послед по Credé—без успеха.

Кровотечение продолжалось.

Дежурный врач тут же решил приступить к ручному отделению последа. Впоследствии он мне сказал, что он так скоро пришел к такому решению потому, что „боялся применить выжимание по Credé в виду низкого уровня дна матки“.

В то время как врач занимался дезинфекцией рук, начат был общий наркоз, а акушерка, по предложению врача, прижимала одной рукой аорту, а другой же слегка массировала матку.

Оператор еще не закончил мыть руки, как акушерка заявляет, что послед выходит сам, без старания с ее стороны. Подошедший к роженице врач увидел послед, выходящий плодовой поверхностью вперед, непосредственно вслед за ним объемистое темнокрасное окровавленное тело.

Картина совершенно необычайная и незабываемая!

Наркоз прерван. Больная лежит бледная, обескровленная, с частым дыханием, еле прощупываемым пульсом.

Выворот матки, полный выворот матки, и не только выворот, но и выпадение вывернутой матки!

Одного взгляда на представившуюся нам картину достаточно для постановки точного диагноза.

Между бедрами роженицы лежит вывернутая на изнанку матка с прикрепленным к ней в области ее дна детским местом. Поверхность ее, не занятая плацентой, сильно кровоточит (рис. 112).

Рука, положенная на живот больной, матки в животе не находит. Сама больная в состоянии коллапса. Классическая картина острого выворота матки в последовом периоде!

Что помощь нужна немедленная—ясно; но какая помощь?

1. Надо немедленно вправить матку, не удаляя последа.
2. Надо сперва отделить послед, а потом уже вправить матку.

Совет вправить матку вместе с неотделившимся детским местом не нов. В весьма солидных учебниках мы встречаем такие указания: если детское место еще не отделилось или отделилось на незначительном участке, не следует его отделять, а вправить матку вместе с последом. Лишь когда детское место почти отслоилось и висит на какой-либо дольке, показано отделение последа. Я бы не решился следовать этому совету и вот на каких основаниях: острый выворот матки есть всегда неожиданность. Если вывернутая матка еще пролябрует, сидящий на ней послед неминуемо приходит в соприкосновение с бедрами больной, с бельем и т. п. Вправляя матку, не удалив последа, мы плаценту, оболочки, пуповину, уже инфицированные, переносим в глубину родовых путей. Разве это рационально? Другое дело, если при соблюдении всех мер асептики, на операционном столе, отделим послед, обеззаразим сколь возможно поверхность вывернутой матки и потом уже вправим ее.

Этот образ действий будет правильным: если плацента еще прикреплена, то она должна быть отделена до вправления, говорит Бумм; так мы и поступили.

Отслойка плаценты представила значительные трудности, некоторые дольки ее были весьма интимно связаны с маткой. После удаления последа представилась лежащая в руках окровавленная вывернутая матка в виде продолговатой опухоли, висящей суженным полюсом на вывернутом влагалище. Вся матка обильно полита спиртом и вытерта им. Потом она захвачена всей рукой, легко вдвинута во влагалище и с легкостью вправлена. Сделан горячий внутриматочный душ (раствором иода). Под кожу впрыснут эрготин. Через брюшные покровы прощупывается матка, дном своим стоящая на 3 пальца ниже пупка. Общее состояние роженицы тяжелое: крайняя бледность, нитевидный пульс, жалобы на слабость и головокружение. Приняты следующие меры: голова положена низко, без подушек, ножной конец кровати поднят, на голову положен пузырь с горячей водой, под кожу впрыснуто 4 см³ камфорного масла, сделано подкожное вливание физиологического раствора соли в количестве 400 см³. На живот положен мешок со льдом.

В 7 час. 30 мин. состояние несколько лучше. Пульс все еще крайне учащен и малого наполнения. Губы чуть окрашены. Впрыснут 1 см³ Digalen'a.

В 9 час. головокружение, сонливость, рвота. Пульс еле прощупывается. Вливание физиологического раствора повторено (600 см³), выпрыснута камфора (2,0).

В 10 час.—общее состояние значительно лучше, пульс около 100 ударов в минуту, полнее, t°—37,5.

В 12 часов 20 мин.—самочувствие удовлетворительное. Губы розовее. Пульс 100, среднего наполнения, t°—38,2.

В дальнейшем послеродовой период протекал хорошо, при почти нормальной температуре. Родильница выписалась на 13-й день после родов с ребенком.

Какова же была причина выворота матки?

1. Выворот нужно считать самопроизвольным потому, что произведенные манипуляции были слишком незначительными для насильственного выворота.
2. Выворот несомненно насильственный, вызванный растиранием матки и выжиманием по Credé.

Из весьма обширной литературы об *inversio uteri* нам известно, что различают выворот матки насильственный и самопроизвольный, и что прежде почти все случаи считали насильственными. Обвиняли потягивание за пуповину при неотделившемся детском месте, и особенно неумелое и грубое выжимание по Credé при расслабленной матке. Но еще в 1894 году незабвенный *В. Г. Бекман* высказал мнение, что огромное большинство острых выворотов происходит самопроизвольно. Он указал, что попытки произвести искусственный выворот матки при нормальном тоне матки не удаются, так как нормальный тонус, а особенно вызванные рефлекторно сокращения матки предохраняют ее от выворота. Потягивания за пуповину также не вызывали выворота. Все мы знаем, как часто приходится выжимать послед по Credé, и какую иногда приходится применять при этом силу—и все-таки инверсии не случается.

Sachs (1928) предлагает в некоторых случаях выжимание послета по Credé сочетать спотягиванием за пуповину, а именно всегда перед тем, как решиться на ручное отделение послета. Он не считает опасным тянуть за пуповину во время приема Credé, если только матка хорошо сокращена. При сокращенной матке получить выворот невозможно, при отсутствии же сокращения матки потягивание за пуповину противопоказано, так же как и прием Credé. „Призрак выворота исчез с тех пор, как мы имеем в препарате гипофиза средство сократить матку“—заключает *Sachs*.

На 200 000 родов в родовспомогательном заведении не было ни одного случая острого выворота, следующая статистика из того же учреждения, обнимающая 70 000 родов, дает 2 случая выворота. На 270 000 родов лишь 2 инверсии! Если бы в основе выворота лежало выжимание по Credé, вывороты были бы несравненно чаще.

Вернемся к нашему случаю. Каким механическим insultам подверглась матка? Врач (обратите внимание—женщина-врач!) делал легкий массаж дна матки, один раз безуспешно применил способ Credé, далее представленная к больной акушерка „сокращала матку“. Неужели этих манипуляций достаточно, чтобы у 20-летней роженицы вывернуть матку, да не только вывернуть, но и произвести полное выпадение вывернутой матки. Припомните дежурства в родильной: то и дело выжимают послед по Credé, иногда с порядочной силой, иногда под наркозом. Какой был бы ужас, если бы во всех случаях наступал острый выворот матки! Нет, тут должны быть особые условия, создающие это столь редкое в акушерстве происшествие. На первом месте стоит атония матки, отсутствие нормальной ретракции мускулатуры ее. „При нормальной ретракции матки толстые стенки не допускают выворота, даже при применении насилия“ (*Бумм*). Наряду с пониженным тонусом матки предрасполагающим моментом нужно считать

паралич плацентарного места, короткую или в силу обвитий укороченную пуповину, большой послед, фундальное расположение его. Благодаря этим моментам могут произойти вдавления, выпячивания маточных стенок внутрь, которые благодаря активным сокращениям матки превращаются в полную инверсию.

В настоящее время авторы смотрят на этиологию выворота несколько иначе. *Vogt* и *Mansfeld* обвиняют *status thymico-lymphaticus*. *Handorn* обращает внимание на то, что больные — всегда резко ослабленные, малокровные женщины. *Rabau* видел выворот при двурогой матке у женщины с резко выраженной астенической конституцией. Ближайшей причиной он считает парез шейки и нижнего сегмента.

Надо полагать, что и в нашем случае в основе процесса лежит атония. Ведь кровотечение началось спустя 10 минут после рождения плода. Дет-



ское место было прикреплено к самому дну матки, фундально. Если мы допустим, что при существующей атонии матки наступил хотя бы временный „паралич“ плацентарного места, то не трудно себе представить, что фундально расположенный послед в силу своей тяжести создает выпячивание плацентарного места в сторону полости матки: перед нами „начинающийся выворот матки“.

Через некоторое время на месте вдавления плацентарного места образуется „воронка выворота“, в которую втягиваются трубы, яичники, круглые и широкие связки. Сокращения полого мускула неминуемо углубят воронку, вовлекая в выворот все большие и большие участки стенок матки. К этому присоединяется действие брюшного пресса, выталкивающее вывернутую матку из таза наружу—перед нами картина *prolapsus totalis uteri inversi et vaginae*. Образование выворота на свежепуэрперальной матке ярко иллюстрирует схематический рисунок, взятый у Бумма (рис. 113).

Когда же начался выворот?

Я убежден, что он начался спустя несколько минут после рождения плода. К моменту начала кровотечения очевидно оседание дна матки уже было налицо, что выразилось низким уровнем стояния дна матки. Это состояние не было распознано.

Можно ли это поставить в вину врачу? Конечно нет. Разве можно было в тот момент думать об инверсии? Кто из врачей-акушеров имеет большой личный опыт по части выворота матки? Никто его иметь не может. Не забудьте цифры: на 270 000 родов всего 2 случая инверсии. Примененный массаж дна вряд ли можно одобрить. Он вызвал сокращения полого мускула, которые лишь ускорили образование воронки. Акушерка воронки не заметила. В заключение наступили сокращения брюшного пресса (не забудьте—начали давать наркоз) и эти натуживания, неминуемые в начале наркоза, завершили дело выворота и выпадения инвертированной матки.

Диагноз был поставлен сразу. Вместе с тем намечена линия терапии. К сожалению, описаны роковые диагностические ошибки. Вывернутую матку принимали за „полип“ и перевязывали ее, или за головку второго близнеца и пытались извлечь ее щипцами. Описаны случаи, где вывернутую матку вытягивали наружу и даже отрывали ее совершенно вместе с плацентой. Конечно подобные ошибки непростительны и в учреждениях вряд ли мыслимы.

Вправление (*reinversio*) нужно сделать как можно скорее. Тогда оно легко выполнимо, потому что не наступило еще сокращение кольца зева. В нашем случае вправление никакой трудности не представило. Гораздо труднее вправление, когда помощь запаздывает, когда зев уже сократился выше вывернутого тела матки и когда приходится вещество тела матки протискивать через кольцо зева. После вправления полезно сделать горячий маточный душ, приподнять ножной конец кровати и запретить натуживаться во избежание повторения выворота.

Кровотечение в нашем случае было значительно, но не жизнеопасно. Думаю, что это объясняется тем, что плацента была целиком прикреплена к стенке матки; если бы отделение ее отчасти уже совершилось, кровотечение было бы гораздо сильнее. Шок был налицо и тяжелый шок, потребовавший принятия целого ряда мер (камфора, дигален, вливание соли). Повышение температуры вслед за выворотом должно быть отнесено на кровопотерю, шок и т. д., а отнюдь не на инфекцию, которая еще не успела проявиться.

Кстати упомяну, что диагноз выворота матки легок в случаях полного выворота, при неполном вывороте он возможен лишь с помощью бимануального исследования. Заподозрить можно выворот, если в последовом периоде наступает кровотечение и шок. Выворот матки связан с тремя опасностями: шок, кровотечение, инфекция. Терапия должна быть направлена на все три момента. Против шока рекомендуют впрыснуть морфий (0,02), дать возбуждающие (камфору, кофеин). Обязательно немедленное вправление, лучше всего в глубоком наркозе. В редчайших запущенных случаях, при уже наступившей инфекции или гангрене, показана экстирпация матки с дренажем Дугласа.

Интерес случая. У молодой первородящей после благополучного изгнания младенца, в последовом периоде, начинается кровотечение. Во время приготвления к ручному отделению послета происходит острый выворот матки, вернее выпадение вывернутой матки вместе с неотделившимся последом.

После отслойки плаценты производится вправление матки. Шок значителен.

На протяжении последних бесед перед вашими глазами прошел ряд практических важных осложнений последового периода. Но изложенными осложнениями не исчерпываются все возможности нарушения правильного течения 3-го периода родов. Изредка в многогранной работе врача-акушера встречаются тяжкие осложнения последового периода, принадлежащие

к редкостям. Не каждому врачу суждено видеть такие исключительные случаи, но знать о возможности их должен каждый.

Может ли фибромиома матки осложнить течение последового периода? В беседе 33 вы видели, что фибромиома может нарушить течение беременности, может оказать неблагоприятное влияние на период раскрытия, в периоде изгнания может дать тяжкие осложнения, вплоть до остановки родового акта; сейчас вы увидите, что и в течение последового периода фибромиома матки может дать весьма серьезные клинические явления. Если наличность субсерозной и интерстициальной фибромиомы отражается скорее на периодах раскрытия и изгнания, то субмукозная опухоль может дать осложнение в периоде последовом. Она нарушит механизм отделения последа, она даст грозное кровотечение, если плацента прикреплена к ней, она лишит матку способности прийти в состояние длительной ретракции. В последовом периоде наблюдалось и рождение субмукозных миом, они выталкиваются родовой деятельностью, что неминуемо ведет к сильному кровотечению и предрасполагает к вывороту матки. *Gusserow* упоминает о случае, когда во влагалище опустилась фиброма вместе с сидящей на ней плацентой. *Lockyer* описывает случай выворота матки, вызванного попыткой при обследовании матки потянуть за нижний сегмент обнаруженной опухоли. В 21% случаев, осложненных миомой, происходит задержка последа, требующая ручного отделения его. *М. Д. Ганелина* упоминает о случае проф. *Л. Л. Окинчица*, в котором фибромиома, опустившаяся в последовом периоде, исключала всякую возможность ручного удаления последа. При отсутствии кровотечения послед не выходил целые сутки. Внутреннее исследование обнаружило фиброматозный узел, опустившийся в область внутреннего зева и закрывавший выход из полости матки. Проф. *Л. Л. Окинчиц* произвел надвлагалищную ампутацию матки.

Хочу вкратце сообщить случай, который я наблюдал совместно с *М. Д. Ганелиной* в родовспомогательном заведении 1921 г. Больная (№ приемного журнала 4089) перенесла 3 искусственных аборта. В начале 4-ой беременности были кровотечения. Роды наступили в срок, период раскрытия длился 14 часов, период изгнания всего 45 минут. Родилась девочка, доношенная, длиной в 52 см, весом в 4080 г. Послед не выходил в течение 2 часов. Наступившее сильное кровотечение заставило вмешаться. После тяжелого выжимания по *Credé*, послед вышел только наполовину. Остальная его часть задержалась в шейке. Под наркозом с большим трудом удалось наконец удалить, по *Credé*, ущемившуюся часть последа. В виду обнаруженных на нем дефектов, приступлено к обследованию полости матки рукою. При этом оператором было обнаружено на правой стенке матки, непосредственно над внутренним зевом, плотное круглое образование, величиною с яблоко средних размеров. В первый момент тело это было принято за ткань последа и было приступлено к его удалению. Оказалось, что это был легко вылуцаемый из своего ложа узел фибромы. Легкость энуклеации побудила оператора довести ее до конца. Матка промыта горячей водой с иодом. Послеродовый период осложнился эндометритом. Больная выписалась на 20-й день после родов. Микроскопическое исследование показало, что местами последовая ткань давала ростки в ткань фибромиомы. Таким образом случай принадлежит к редчайшим осложнениям последового периода—имелось приращение плаценты к субмукозной фибромиоме. (Случай подробно описан д-ром *М. Д. Ганелиной* в ее работе „К казуистике осложнений родов фибромиомой матки“ в Журнале акушерства и женских болезней, 1924 г. Книга 4 и 5.)

Была ли правильная терапия? Полагаю, что да. Энуклеация направила сама-собою, была технически легка и явилась как бы экспромптом; эндометрит с явлениями всасывания и общей интоксикации (ознобы), с

которым организм больной быстро справился, был единственным осложнением после вмешательства. Возможно, что осложнение в послеродовом периоде проявилось бы в более тяжелой форме—в форме общего сепсиса, если бы фибромиома была оставлена и подверглась бы некрозу и ихорозному распаденю. Этот случай конечно исключительный. Ни в коем случае нельзя возводить в правило удаление фиброматозных узлов в послеродовом или раннем послеродовом периоде. К операции могут вынудить специальные показания, как-то: кровотечение, некроз, выворот матки, сепсис. По мнению *Pozzi*, удалять фибромиому надо не вслед за родами, а дождавшись полной инволюции матки. Но, как показывает изложенный случай, жизнь заставляет иногда поступать не по книжным правилам. Больной была оказана действительная помощь, неожиданное для самого оператора вмешательство избавило больную от тяжких страданий, а может быть и спасло от гибели. Победителя не судят!

К редким осложнениям послеродового периода принадлежат кровяные опухоли влагалища или наружных частей.

Легко себе представить, что во время долго длящегося изгнания плода или при извлечении головки щипцами может произойти разрыв тканей по ту сторону влагалищной стенки, кнаружи от неповрежденной слизистой оболочки рукава. Смещение стенок влагалища по подлежащим тканям может иметь последствием невидимые для глаза нарушения целостности вен, окружающих влагалищную трубку, тут происходит кровоизлияние в рыхлую клетчатку; в таком случае кровь, не имея возможности излиться в просвет влагалища, образует гематому, расположенную где-либо сбоку от влагалища. Гематома эта будет быстро нарастать и в виде опухоли выпячивать боковую стенку влагалища, смещая этим рукав в сторону. Книзу опухоль распространится до наружных половых частей,



Рис. 114. Гематома влагалища.

выходя из пределов полости таза, захватывая половые губы.

Помню случай, когда после извлечения младенца щипцами вслед за выхождением последа родильница стала жаловаться на нарастающую боль и мучительное чувство напряжения в тазу. Осмотр половых частей обнаружил зияние половой щели, из которой выпячивалась темно-багрового цвета опухоль. Исследование убедило нас, что опухоль занимала больше половины полости таза, сместила просвет влагалища к правой стенке таза, выпячивая левую стенку влагалища и, опускаясь в самую половую щель, распространялась отчасти на левую малую губу. Опухоль увеличивалась на глазах. Перед нами была гематома или тромб влагалища.

Каков же исход гематомы? Опухоль может достигнуть значительной величины, величины мужского кулака и даже детской головки, под влиянием высокого давления внутри опухоли покрывающая ее стенка влагалища может лопнуть, и кровь изливается наружу. При этом больная может дойти до степени значительной анемии. Чаще же кровотечение из поврежденного сосуда прекращается под влиянием давления на него со стороны самой гематомы и опухоль медленно рассасывается в течение послеродового

периода. В редких случаях гематома нагнаивается, ихорозно распадается. В вышеупомянутом случае гематома достигла больших размеров, в первые же дни пуэрперия температура начала повышаться, стенка влагалища стала омертвевать очевидно в силу нарушения питания, и нам пришлось широко вскрыть гематому со стороны влагалища (в нижней его трети), удалить обилие кровяных свертков и тампонировать вскрытую полость иодоформной марлей. Больная быстро поправилась.

Классический рисунок гематомы влагалища я заимствую у Бумма (рис. 114).

Гематомы влагалища и его входа — явление редкое: по *Холмогорову* 6 или 9 случаев гематомы на 63 232 родов, по *Сазоновой* (1884) 1 на 2375 родов, по *Упрб* 1 на 10 537 родов, по *Унгер-Брянцевой* (1913) 1 на 2079, по *Ульяновскому* (1913) 1 на 2000, по *Мошкову* (1929) 1 на 1915. (Цит. по *Яковлеву*.)

По *Ульяновскому* гематомы наружных частей встречаются чаще чем влагалищные, по *Унгер-Брянцевой* — наоборот, гематомы чаще развиваются во влагалище. Преимущественно гематома появляется при самопроизвольном родоразрешении (*Холмогоров*). Большинство женщин, у которых имела родовая гематома, принадлежало к цветущему возрасту. Средний возраст, по *Мошкову*, 28 лет. Известны случаи повторного заболевания гематомой одной и той же женщины (*Ульяновский*). *Мошков* отмечает значительный перевес количества левосторонних гематом над правосторонними.

Заболевание гематомой следует признать серьезным. Нередко наступает смертельный исход (*Siegel*—20%, *Williams*—10%, *Сазонова*—19 из 85).

Мы рассмотрели наиболее важные нарушения последового периода, изложив ряд типических случаев из жизни. Последовый период, завершая собой великий акт рождения человека, является самым серьезным для матери периодом родов. Велико разнообразие отклонений от физиологического течения последового периода, наблюдаемых у постели роженицы, велика ответственность врача, призванного следить за правильностью родов, соблюдать профилактику могущих наступить отклонений, во-время распознать наступившую патологию и сознательно и спокойно оказать рациональную помощь. А эта помощь в последовом периоде всегда неотложна. Элемент экстренности налагает особый отпечаток на терапию отклонений последового периода и предъявляет особые требования к знаниям и опыту врача.

Нет врача-акушера, который бы никогда не ошибался, стоя у постели роженицы, ведь „errare humanum est“, но врач-акушер, упорным трудом развивая в себе наблюдательность, накапливая свой клинический опыт, все реже и реже будет совершать ошибки и со все возрастающим чувством удовлетворения будет отдавать женщине-матери свои знания и опыт.

Предметный указатель.

- Абортанг 85, 89.
Ампутация матки при преждевременном отделении детского места 73, 75;—матки при прободении ее 112.
Анемия острая 69, 80;—смерть от нее 70.
Антефиксация по Latzko-Гентеру 106.
Апоплексия матки 73.
Аппендицит и беременность 162, 173.
Аппендектомия при беременности 177.
Артрит гоноройный 189.
Асцит плода 180.
Атония матки в послеродовом периоде 251;— после родов 55, 68, 273; при выкидыше 89;—терапия ее—64, 67, 70, 273.
Бактериоскопическое исследование перед выскабливанием 91.
Беременность, признаки ее 76.
Бленорей глаз, профилактика ее 189.
Буж маточный 96.
Внематочная беременность вследствие гонорейи 188.
Внутреннее исследование. Показания 24.
Вправление вывернутой матки 289.
Выведение головки по Ritgen'у 160.
Выворот матки 288.
Выкидыш искусственный 90, 95, 98, 102, 113;—лихорадочный 115;—терапия его 117;—неполный 81;— несостоявшийся 124;—терапия его 127;—осложненный 121;—угрожающий 76;—терапия его 80,—этиология 78.
Выпадение последа 57.
Выпадения сальника при прободении матки 109, 110.
Выскабливание при искусственном выкидыше 94, 97;—при внематочной беременности 90;—при неполном выкидыше 85, 87;—противопоказания к нему 91.
Гематома влагалища 294;—ретроплацентарная 43;—широкой связки 111, 113.
Геморрой при беременности 171.
Гипертония при беременности 153.
Голодание 228.
Гонорея и беременность 187.
Грыжа у беременных 172.
Двойни 53;—ведение родов при них 53, 55.
Двойной прием 63.
Душ маточный горячий 64.
Задержка частей последа 63, 261, 263, 267.
Закон Colles'a 182;—Profeta 182.
Заменяющие способы 24.
Занос мясистый 128;—пузырный 132.
Запоры у беременных и родильниц 173.
Зонд, употребление его при выскабливании 87.
Жгут Momburg'a 65.
Желчнокаменная болезнь у беременных 162.
Извлечение плода при предлежании последа 22.
Иородные тела в матке 87.
Интоксикация при преждевременном отделении последа 73.
Истерия при гонорее 188.
Кесарское сечение, влагалищ. при искусств. аборте 97, 99;—при искусств. преждевременных родах 145;—при предлежании последа 34;—при преждевр. отделении детского места 62;—классическое при предлежании последа 19, 35;—при преждевр. отделении детск. места 73;— малое 98, 105;—цервикальное 36;—в агонии 40;—на мертвой 39.
Киста яичника и беременность 194.
Кисты при пузырьном заносе 136.
Кишечник при беременности 170.
Клейдотомия 180.
Кожа, болезни ее у беременных 233.
Коллапс 42.
Кровотечение внутреннее 61, 74;—в начале беременности 79;—после родов 63;—в послеродовом периоде 14, 252, 262, 272.
Ламинария 92.
Массаж матки 64.
Мацерация плода 127.
Метрейриз, недостатки его 146;—при искусств. аборте 96;—при преждевременных родах 147, 167;—при предлежании последа 18, 27, 32;—при пузырьном заносе 135.
Миокардит у беременных 154.
Миомотомия при беременности 204.
Многоводие 59.
Мумификация плода 127.
Непроходимость кишек при беременности 172.
Нефрит 50.
Нефропатия 50.
Низведение ножки 12.
Операция v. Bardeleben'a 99, 103;—Dützmanna 103;—Heinsius'a 100;—Какушкина 99, 100;—Latzko-Гентера 106;—Лейбчика 100;—Отта 100;—Porro 74;—Rieck'a 103;—Wertheim'a при раке 212.
Отеки у беременных 232.

- Пальцевое удаление остатков при выкидыше 83.
 Паралич матки при выскабливании 109.
 Перинеотомия 238.
 Перфорация матки 87, 88.
 Печень у беременных 225, 234.
 Питугладоль 64, 279.
 Пиелит у беременных 125, 162.
 Плевистое прикрепление пуповины 8.
 Плод бумажный 127;—каменный 127.
 Поворот на ножку 20, 55, 169;—по Braxton-Hicks'у 20, 26, 39, 51.
 Подготовка больной перед выскабливанием 87.
 Полиневроит беременных 236.
 Поперечное положение 55.
 Пороки сердца и беременность 154.
 Послед, выжимание по Credé 245, 261, 280;—добавочный 256, 272;—задержка части его 262, 267;—осмотр его 270;—признаки отделения его 243;—приращение его 255;—ручное отделение его 257, 267;—ущемление его 254, 269. Молочная проба, воздушная проба, „плавательная проба“ 270, 271.
 Последовый период 239;—ведение его 245;—вливание по Majon-Gabastou 264;—кровотечения 252, 261, 278, 280, 282;—при предлежании последа 13;—ручное обследование матки 267, 272;—задержка оболочек 276;—сгустков 277.
 Почка беременных 233.
 Предлежание последа, классификация 10, 11; краевое 11;—частичное 18, 26;—полное 31;—смертность матерей и детей 19.
 Преждевременное отделение детского места—42, 49, 54, 60, 71;—этиология 49;—терапия 49;—надрывы матки при нем 74.
 Преждевременное отхождение околоплодных вод 157.
 Прижатие аорты 66, 67.
 Признаки ранней беременности 76.
 Прободение матки при выкидыше сквозное 109, 111;—несквозное 113.
 Прокол оболочек 145.
 Промывание матки после выскабливания 88.
 Пуповина, короткость ее 52.
 Разрыв влагалища 302;—матки 8, 48;—области клитора 38, 282; оболочек центральный 58;—промежности 284;—пузыря при предлежании последа 12, 18, 22, 26, 28;—при преждевременном отделении детского места 45;—шейки 182, 281.
 Рак шейки матки и беременность 210.
 Рассечение зева в родах 159, 180.
 Расширение шейки Hegar'ами при искусственном аборте 93;—при предлежании последа 32.
 Рвота в родах 61;—неукротимая 222, 237.
 Ретракция матки 59, 61.
 Роды искусственные, преждевременные 145;—несостоявшиеся 211.
 Свищ шеечно-влагалищный 286.
 Сердце и беременность 151.
 Симптом беременности Гентера 78, 90.
 Сифилис и беременность 181;—влияние его на плод 183;—кормление грудью 185;—плацента 185;—шейки матки 209.
 Слабость родовых болей 279.
 Слюнотечение беременных 234.
 Смерть внутриутробного плода 126.
 Спазмофилия у беременных 225.
 Средства abortивные 115.
 Стерилизация 102, 105.
 Стриктурa матки 251, 254.
 Тампонация влагалища при выкидыше 82;—при предлежании последа 16, 32;—матки после выскабливания 89;—при атонии ее 67.
 Тетания беременных 236.
 Токсикозы беременных 232.
 Тонус матки 251.
 Травма при беременности 49.
 Туберкулез и беременность 144;—шейки матки 209.
 Уход за больной после выкидыша 89.
 Ущемление беременной матки 215.
 Ущемление параметриев по Henkel'ю 273.
 Фибромиома и беременность 201, последовый период 293.
 Хорея беременных 235.
 Хорионэпителиома 136, 139.
 Цистит у беременных 163.
 Чревосечение при прободении матки 110.
 Щипцы при передне-головном предлежании 180;—техника наложения 159, 180, 279;—условия к наложению 158, 279.
 Экстирпация матки при атонии 68; при туберкулезе 99, 105;—при хорионэпителиоме 142.
 Эмбриотомия 180.
 Эндометрит при беременности 131.
 Эпизиотомия 236.
 Эрготин 64.
 Ягодичное положение 59.

Учебником не заканчивается изучение предмета.

Каждый студент должен быть в курсе того, что нового и интересного происходит в избранной им области и в пограничных областях.

Проще и дешевле всего это сделать, выписывая журнал „НАУЧНОЕ СЛОВО“, являющийся единственным в СССР центральным органом научной информации.

Отв. редактор проф. **О. Ю. Шмидт.**

„НАУЧНОЕ СЛОВО“ охватывает громадный круг вопросов (естествознание—медицина—техника—общественные науки) и благодаря этому, в отличие от других журналов, дает возможность своим читателям быть в курсе всех достижений современной науки.

„НАУЧНОЕ СЛОВО“ знакомит своих читателей с актуальнейшими проблемами науки в ее целом, освещая их с диалектико-материалистической точки зрения, и ставит научные вопросы в связь с требованиями практической жизни.

„НАУЧНОЕ СЛОВО“ дает рефераты наиболее интересных статей из советских и иностранных журналов и отзывы о наиболее интересных вновь выходящих книгах.

„НАУЧНОЕ СЛОВО“ систематически освещает деятельность крупнейших научных учреждений СССР (Коммунистической академии, Всесоюзной и Всеукраинской академии наук, научных и научно-технических институтов, Наркомздрава, Наркомпроса, Наркомзема и ВСНХ).

„НАУЧНОЕ СЛОВО“ имеет специальный отдел — „организация и гигиена умственного труда“ (статьи, рецензии, заметки). Выходит 10 номеров в год.

Условия подписки: На год — **8** р., на 6 мес. — **4** р.

Отдельный номер — **1** р.

ПОДПИСКУ НАПРАВЛЯТЬ Периодсектору КНИГОЦЕНТРА. Ленинград,
Пр. 25 Октября, д. 28 или Москва, Ильинка, 3.

Продажа в магазинах и отделениях Книгоцентра ОГИЗ и в „Коопкнигах“