

Г. Г. Гентер

АКУШЕРСКИЙ
СЕМИНАРИЙ

*Ленинградское
Медицинское
Издательство*

том 3

Г. Г. ГЕНТЕР

ПРОФЕССОР 2 ЛЕНИНГРАДСКОГО
МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

А К У Ш Е Р С К И Й
С Е М И Н А Р И Й

Том III

—

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предшественники эклампсии

Случай	86-й. Гидропс	3
"	87-й. Нефропатия	7
"	88-й. Преэклампсия	13
"	89-й. Преэклампсия	20

Эклампсия

Случай	90-й. Эклампсия беременных	23
"	91-й. Эклампсия беременных. Кесарское сечение	27
"	92-й. Эклампсия в родах. Щипцы	34
"	93-й. Эклампсия в родах. Перфорация	39
"	94-й. Эклампсия в родах. Метод Строганова	46
"	95-й. Эклампсия в родах. Люмбальная пункция	51
"	96-й. Эклампсия в родах. Кесарское сечение	57
"	97-й. Эклампсия в родах. Психоз	64
"	98-й. Эклампсия в родах. Смерть	70
"	99-й. Эклампсия послеродовая	75
Добавление	80

Узкий таз

Случай	100-й. Общеравномерносуженный таз (юношеский)	82
"	101-й. Общеравномерносуженный таз (чистого типа)	88
"	102-й. Общеравномерносуженный таз. Метрейриз	93
"	103-й. Общеравномерносуженный таз. Щипцы	99
"	104-й. Общеравномерносуженный таз. Краниотомия	106
"	105-й. Общеравномерносуженный таз. Щипцы Kjelland'a	113
"	106-й. Общеравномерносуженный таз. Кесарское сечение	124
"	107-й. Простой плоский таз	134
"	108-й. Простой плоский таз. Выпадение ручки. Показанный поворот на ножку	141
"	109-й. Плоский рахитический таз. Полостные щипцы	145
"	110-й. Плоский рахитический таз. Щипцы. Мертвый плод	155
"	111-й. Плоский рахитический таз. Абсолютное показание. Шеечное кесарское сечение	166
"	112-й. Общесуженный плоский таз. Лицмановское вставление. Шеечное кесарское сечение	173
"	113-й. Плоский таз. Повторное кесарское сечение (классическое) со стерилизацией	184
"	114-й. Общесуженный плоский таз. Пубиотомия	189
"	115-й. Кососуженный таз. Щипцы	198
"	116-й. Кифотический таз. Произвольные роды	206
"	117-й. Воронкообразный таз	212
"	118-й. Остеомалатический таз. Кесарское сечение	217

Заключение

224

ПРЕДШЕСТВЕННИКИ ЭКЛАМПСИИ

Случай 86-й

К. Д. Ш., 21 года (№ приемного журнала 7226) поступила в клинику 3 февраля 1930 г. с жалобами на отеки ног и лица, появившиеся неделю назад. Беременной себя считает на 10-м лунном месяце.

Настоящая беременность — первая. Половой жизнью больная живет 2 года. В 1928 г. лечилась от „воспаления мочевого пузыря“. Месячные носит с 11 лет, по 7 дней, всегда правильно. Последних регул, как и времени появления движений плода, указать не может. Беременность протекала, повидимому, правильно; отеки на ногах начала замечать лишь с 28 января. Так как отеки стали быстро увеличиваться и появились на лице, больная, по совету врача, поступила в клинику.

При поступлении: беременная среднего роста, хорошо упитанная, блондинка. Лицо пастозно, веки резко отечны. Живот увеличен соответственно 9 лунным месяцам. Дно на 3 пальца ниже мечевидного отростка. Пупок не сглажен, на коже нижней половины живота свежие полосы беременности. Белая линия не пигментирована. Кожа нижних отделов живота резко отечна, захваченная в складку оставляет глубокие ямки. Отеки имеются на нижних конечностях сверху донизу, особенно выражены на внутренней поверхности бедер. Наружные части также умеренно отечны.

Положение плода — продольное; в дне матки — ягодицы, мелкие части, повидимому, слева, спинка справа, предлежит головка, малоподвижная, над входом. Сердечные тоны плода ясно выслушиваются справа ниже пупка.

Размеры таза: *dist. spin* — 25 см, *dist. crist.* — 28 см; *dist. troch.* — 32 см; *conj. ext.* — 19 см

Каков же диагноз?

1. Первобеременная страдает, повидимому, почками. Необходим анализ мочи.
2. Отеки у беременной могут быть и без поражения почек. Необходим анализ мочи.
3. Отеки могут быть сердечного происхождения.

Необходимо тщательное исследование больной.

Действительно, ведь женщина, страдающая тем или иным пороком сердца может и не знать, что она сердечно-больная, и лишь во время беременности может наступить расстройство компенсации. В беседе 27-й я указал на огромное значение сердечно-сосудистой системы в период деторождения, на важность клинического наблюдения за компенсацией у сердечно-больных. Но если объективное исследование укажет на отсутствие изменений со стороны сердца, можем ли мы у нашей больной остановиться на диагнозе „нефрит беременных“, „почка беременных“, „нефропатия“? Конечно, — нет; лишь тщательный анализ мочи, исследование кровяного давления смогут выяснить вопрос о причастности почек к заболеванию. Ведь у беременных нередко наблюдается клиническая картина распространенных отеков без поражения почек, — своеобразное состояние, известное под названием „водянка беременных“.

Наше исследование далеко неполно:

Пульс 76, ровный, удовлетворительного наполнения. Кровяное давление по Riva-Rozzi мин. — 80, макс. — 120 мм. Сердечная тупость в пределах нормы. Тоны чисты. Акцента на 2-м тоне аорты нет. Срочно сделан анализ мочи: цвет соломенно-желтый, реакция кислая, уд. вес 1016. Белка — ничтожные следы. Сахар не найден. Лейкоциты 1—3 в поле зрения. Единичные клетки плоского эпителия.

Каков же окончательный диагноз и какова должна быть терапия?

1. Имеется *hydrops gravidarum*. Больной ничего не угрожает. Показана молочная диета.

2. Имеется пока только *hydrops gravidarum*. Быстрое нарастание отеков заставляет принять экстренные меры профилактики.

Отеки не сердечные и не почечные. Перед нами типический случай водяночных отеков беременной — гидропс.

Как я уже указал в беседе 36-й, мы теперь знаем что гидропс у беременных может развиваться без всякого поражения почек. Это есть заболевание свойственное беременной, это есть „токсикоз беременности“. Велика заслуга

Zangemeister'а, показавшего путем тончайших исследований над солевым и водным обменом и над почечной функцией, что у беременных существует гидропс, не зависящий от аномалии сердечной деятельности, не стоящий ни в какой связи с расстройством функции почек, ни с повышением кровяного давления, являющийся исключительно результатом задержки в организме воды и поваренной соли. В основе гидропса лежит повышение проходимости сосудистой стенки с последующей задержкой воды в соединительнотканых депо. Что же вызывает эти изменения сосудистой стенки? Повидимому, тут имеют значение изменения физико-химических свойств крови, в результате глубоких потрясений в обмене веществ. „Токсикозы представляют собою особую форму расстройства обмена веществ, обусловленную наличием в организме паразитирующего плодного яйца“ (*Шполянский*).

Следует признать, что функциональные изменения органов при токсикозах являются следствием, главным образом, физико-химических процессов, протекающих в клетках организма беременной женщины. Водяночные отеки на ногах беременных—давно и всем известное явление. И если прежде причиной их считали чисто механическое давление беременной матки на вены нижних конечностей, то теперь взгляд на них в корне изменился. Теперь мы знаем, что эти отеки, не основанные ни на поражении почек, ни на застоях сердечного происхождения, часто появляются в незначительной степени как у перво- так и у повторнородящих, в более же тяжелой форме именно у первородящих, особенно пожилых, и, представляя своеобразный, свойственный беременной женщине симптомокомплекс, являются „токсикозом“ или „гестозом“. Не в отравлении каким-то ядом, а в вышеуказанных тонких физико-химических процессах следует искать первопричину гидропса. Повышенная проходимость сосудистых стенок, отдача кровью, содержащей белок, жидкости тканям, огромное скопление в тканях, особенно в подкожных слоях тканевой жидкости, пониженный диурез, задержка в организме до 3, 4, 5 литров жидкости—вот процессы, лежащие в основе симптомокомплекса гидропса.

В последние 4 месяца беременности женщина начинает замечать припухлость сперва в области лодыжек; она обращает внимание на то, что обувь, стала мала для ног; отекая припухлость эта вначале появляется только к вечеру с тем, чтобы за ночь исчезнуть. В дальнейшем отеки появляются на голенях, на бедрах, а именно на внутренней их поверхности. В сильных степенях гидропса отек распространяется на покровы нижнего отдела живота; тут образуется тестовая подушка, нависающая над лоном. Нередко отекают половые губы, становятся наливными, полупрозрачными. Отеки могут даже появиться на кистях рук и в лице. Женщина замечает, что пальцы опухают, кольцо с трудом снимается с руки. Лицо становится пастозным, слегка одутловатым, черты лица грубеют, особенно заметны отеки на веках глаз. У сильно отекающих больных, особенно после лежания, отекает спина, преимущественно в поясничной и крестцовой области.

Интересно, что отеки не постоянны, они выражены то более, то менее сильно. Утром они менее заметны, потому что во время ночного отдыха отекая жидкость равномерно распространяется по всему телу, за день, напротив, в силу вертикального положения, отеки спускаются на нижние конечности, низ живота и половые части.

Даже невнимательная к себе женщина скоро замечает отеки и обращается к врачебной помощи.

Правда, самочувствие больной страдает мало; отеки ее беспокоят главным образом механически. Вес тела, в силу задержки в организме жидкости, повышается. Если в последние месяцы беременности в норме вес тела повышается в среднем на 300 г в неделю, то при гидропсе это повышение гораздо больше. Нередко вес за день прибывает на $\frac{1}{2}$ кг, даже до 1 кг.

При гидропсе врача, конечно, интересуют диурез больной и состав ее мочи. Анализ мочи оказывается благоприятным: нет ни белка, ни патологических форменных элементов. Впрочем даже при вполне нормальной беременности в некотором проценте случаев наблюдается в моче белок, обычно менее 0,1%, изредка даже несколько цилиндров. Функция почек, как правило, не нарушена,

Диурез колеблется: в начале заболевания наблюдается то олигурия (задержка мочеотделения), то полиурия (повышенное мочеотделение). В дальнейшем течении гидропса преобладает пониженное отделение мочи. Эта задержка в организме воды лежит в основе отеков беременной. *Scaglione* (Флоренция — 1929) с помощью пробы *Violle* и *Labbe* установил, что и при нормальной беременности наблюдается задержка воды, зависящая от внепочечных факторов. При почке беременных существует значительная задержка воды, обусловленная как состоянием почек, так и внепочечными моментами.

Важно, что при гидропсе кровяное давление не повышено. Это я особенно подчеркиваю. В дальнейшем, знакомясь с последующими предшественниками эклампсии, вы постоянно будете иметь дело с повышенным кровяным давлением (артериальной гипертонией), клинически важнейшим явлением. Здесь же при гидропсе кровяное давление нормально. В крови содержание форменных элементов нормальное. Химически кровь отличается пониженным содержанием белковых веществ (гипальбуминоз, гидроплазмия).

Каково же предсказание гидропса?

В нашем понимании гидропс есть первое звено в цепи гестозов, завершением которых является эклампсия.

Если это так, то на отечность беременных нельзя смотреть как на явление совсем невинное. Сегодня это гидропс, через неделю мы можем иметь перед собою нефропатию той или иной степени. Нарастая, гестоз переходит в преэклампсию (эклампсизм), а там уже может разразиться и эклампсия.

С этой точки зрения всякая отечность беременных заставляет врача насторожиться и зорко следить за течением болезни. Течение гидропса длительное и затяжное. Отечность то усиливается, то уменьшается. Быстрое уменьшение отеков неизменно сопровождается выделением большого количества мочи и падением веса. Но гидропс, идущий, повидимому, на убыль, может и возрасти с прежней силой; другими словами гидропс может рецидивировать. Не так редки случаи, где за 2-3 дня до родов отеки исчезают при усиленном диурезе. Рассчитывать на это никак нельзя. Чаще гидропс осложняется или вернее переходит в нефропатию (в 24% случаев). Те же глубокие причины, которые повели к гидропсу, ведут и к функциональной недостаточности почек. Появляется альбуминурия, повышается кровяное давление, разворачивается клиническая картина, известная под названием почки беременной (*E. v. Leyden*) или нефропатии (*Löhlein*). С этой формой мы детально ознакомимся в следующей беседе. Если случай благоприятный, то после родоразрешения отеки быстро проходят, что сопровождается огромным диурезом и падением веса. Та же ликвидация процесса наблюдается после внутриутробной смерти плода.

У нашей больной диагноз не подлежит сомнению: *hydrops gravidarum*. Мы не знаем срока родов, все же считаем беременность на 5-6 недель недоношенной. Что может случиться за эти 1½ месяца? Исчезнут ли отеки, перейдет ли гидропс в нефропатию, насколько велика опасность эклампсии? Мы всего этого не знаем. Но мы твердо знаем, что эклампсия не есть болезнь *sui generis*, она представляет собою наиболее яркое, конечное проявление и симптомокомплекс заболевания, которое длится уже несколько недель или месяцев во время беременности. И если мы хотим быть на высоте положения, то мы не должны ждать наступления эклампсии с тем, чтобы лечить эту страшную болезнь, — мы должны быть профилактиками; эту профилактику мы должны начать как можно раньше, не в стадии преэклампсии, не в периоде нефропатии, а при появлении самых начальных симптомов гидропса. Вот когда врач должен наладить профилактику эклампсии. Борясь с гидропсом, побеждая начальный гестоз, мы избавляем беременную женщину от гестоза конечного, от наступления эклампсии. „Поразительно, что то профилактическое направление, которое видно в науке в отношении всех болезней, по отношению к эклампсии почти не проявляется“ (*Baumgart*).

В литературе имеются лишь отдельные голоса, призывающие к ранней профилактике эклампсии (*Winkel, Warnekros, Rissmann, Окинчиц, Essen-Möller, Volhard, Zangemeister, Baumgart*). *Winkel* рекомендовал покой, молочную диету, устранение из диеты мяса, минеральные воды, теплые ванны. *Warnekros*

предписывает ограничение жиров и белков, обильную вегетарианскую диету. Молочную диету проводят и французы. Известны слова *Tarnier*, что он не видел признаков эклампсии у женщины, которая не менее 8 дней до родов питалась исключительно молоком. *Л. Л. Окинчиц* настаивает на соблюдении безбелковой диеты с ранних месяцев беременности. *Rissmann* предписывает голодание в течение нескольких дней. *Volhard* предлагает свое лечение „голодом и жаждой“. *Zangemeister* рекомендует ограничение чрезмерного потребления, особенно жидкой пищи, ограничение физической работы в течение последних 3 месяцев беременности; помещения беременных следует часто проветривать, платье их должно быть свободное.

При выраженном гидропсе *Zangemeister* укладывает беременную на некоторое время в постель, сильно ограничивает питье, уменьшает количество пищи. Во избежание жажды полезно ограничить потребляемую соль. Ежедневно натошак определяется вес тела. Падение веса указывает на потерю телом воды, но вовсе не доказывает излечения склонности к гидропсу, т. е. улучшения функционального состояния капилляров. Вот почему подобные беременные должны быть до родов под наблюдением. Наконец *Baumgart* разработавший детальный план профилактики эклампсии (о чем ниже), проводит лечение „голодом и жаждой“ по своеобразной системе. *Paroli* (Флоренция — 1929) дает ежедневно адреналин (30 — 50 капель раствора 1:1000), лучше с прибавлением нескольких капель строфанта. При альбуминурии он считает адреналин противопоказанным. *Barezi* (1929) видел быстрое исчезновение отеков от приема препаратов щитовидной железы.

Считаю, что исследования последних лет внесли большую ясность в профилактику эклампсии или, что то же, в терапию гидропса и нефропатии. Если еще недавно авторы заботились о том, чтобы разгрузить почки, облегчить им работу путем ограничения белковой — главным образом мясной — пищи, если еще недавно всеобщим признанием пользовалась молочная диета, то в настоящее время в центре интереса стоит лечение голодом и жаждой (*Hunger- und Durstkur Volhard'a*). Мы всецело приняли этот принцип и последнее время ведем наших отечных беременных по этому методу.

4 февраля. Общее состояние больной удовлетворительное. Отеки большие, особенно на голенях и животе. Лицо отечно. Жалуются на головную боль. Схваток нет. Вес тела 73,8 кг. Кровяное давление 60 — 120. Суточное количество мочи 300 см³. Мы объяснили больной ее состояние, указали на необходимость голодать, на что она согласилась. Назначен постельный покой, тарелка киселя в день. Всякое питье запрещено.

5 февраля. Пульс 76. Отеки те же, на половых частях даже усилились. Суточное количество мочи 500 см³. Вес 73 кг.

— 7 февраля. Пульс 72. Отеки держатся. Вес тела 72 кг. Мочи 600 см³.

9 февраля. Большая тяготеет голодной диетой. Вес 71 кг. Мочи 1500 см³. Отеки держатся. Жалуются на головкружение. Стул 2 раза, жидкий. Мочится часто. Назначены: кисель, бульон, уха.

13 февраля. Самочувствие хорошее. Жалуются на частое мочеиспускание. Пульс 60. Кровяное давление тах. — 120. Вес 68 кг. Мочи 1500 см³.

15 февраля. Самочувствие хорошее. Отеки ног исчезли. Отечность держится лишь на лодке. Вес 68 кг. Мочи 1000 см³. Анализ мочи: уд. вес 1029, белок — 0,039/100. Лейкоциты — 10 в поле зрения. Единичные кристаллы трипельфосфатов.

17 февраля больная по настоятельному требованию выписалась домой, с тем чтобы в случае усиления отеков или наступления родовой деятельности вновь поступить в клинику.

Итак, рациональным режимом, лечением голодом и жаждой мы добились почти полного исчезновения отеков, большого диуреза, падения веса тела больной. Гидропс прошел! Надолго ли? Мы этого не знаем. Гидропс может дать рецидив, более того — он может принять тяжелое течение, он может перейти в нефропатию, и больная может пойти по восходящей лестнице гестозов от легкого гидропса, через нефропатию, эклампсизм к эклампсии.

Как важно наблюдение, соединенное с рациональной терапией гидропса! *Esch'u* удалось систематическим лечением рано распознанного гидропса в продолжение 8 дней снизить частоту эклампсии с 5 до 1%.

В клинике *Zangemeister'a* за 1911—1915 гг. на 1142 беременных было 8 случаев эклампсии, за 1916—1920 гг., когда уже было введено лечение гидропса, из 950 беременных лишь одна заболела эклампсией и то в периоде изгнания (*Wieloch*).

Беременным с ничтожными отеками и незначительным повышением веса можно еще разрешить двигаться и заниматься легкой работой. Избегать им

надо обильного питья и соленой пищи. При более значительной отечности следует проводить более строгий режим: постельный покой, кратковременное лечение голодом и жаждой, после чего назначить скудную бессолевую диету, притом без жиров и без мяса, при крайнем ограничении питья.

Насколько полезно рекомендованное в 1921 г. Zangemeister'ом межмышечное введение коллоидальных веществ — не знаю. Личного опыта не имею. Zangemeister видел исчезновение отеков после впрыскиваний желатины (5 см³) в 54% случаев, после вливаний 5 — 10 — 15% раствора gummi в рингеровской жидкости в 80% случаев.

Наша больная обещала соблюдать диету и режим, которые мы ей советовали.

Как пройдут беременность и родовый акт?

1. Может не наступить никаких осложнений ни в конце беременности, ни в родах.

2. Вероятно возобновление отеков, переход в нефропатию.

3. Более чем вероятно наступление эклампсии в конце беременности или в родах.

Больная выписалась, мы не имеем о ней никаких сведений. И поневоле перед нами встает тревожный вопрос: что же дальше?

Она может поступить еще до родов с отеками, и мы возобновим лечение гидрoпса или уже нефропатии.

Если она поступит в родах с отеками, мы будем за ней зорко следить. Нередко в родах, особенно в периоде изгнания, наблюдается быстрое увеличение отеков. Этот отек основан на тех же функциональных нарушениях капилляров, к которым присоединяется повышение артериального давления во время схваток. Может возникнуть опасность эклампсии, тогда мы поспешим закончить роды.

С другой стороны возможно, что гидрoпс, столь легко уступивший лечению, не возобновится, и роды пройдут физиологически. Будем ждать.

16 марта в 8 час 45 мин. в клинику доставлена та же К. Ш. со слабыми болями и недавно отошедшими водами. Нас поразила ее здоровый вид. Лицо не отечно. Ничтожные отеки на голенях. Пульс 72, ненапряжен. Кровяное давление нормально. Вес тела 68,4 кг. Определено первое затылочное положение. Схватки продолжались, не ослабева. В 22 часа 30 минут родился плод женского пола, весом 3800 г. В 22 часа 40 мин. вышел послед. Послеродовой период без осложнений. В моче после родов следы белка. Суточное количество мочи колебалось от 1 до 2 литров.

Интерес случая. Поступает молодая первобеременная со значительными отеками. Ставится диагноз гидрoпса. Назначается покой, лечение голодом и жаждой, в дальнейшем бессолевая диета. Гидрoпс проходит. Роды наступают в срок, протекают физиологически.

Случай 87-й

Н. В. Г., 22 лет (№ приемного журнала 9941) поступила в клинику 19 марта 1930 года по поводу отеков конечностей и лица, появившихся 12 дней тому назад.

Из анамнеза отметим, что месячные начала носить с 17 лет, через 4 недели по 3 дня, без боли. Половой жизнью живет 3 года. Год назад перенесла искусственный аборт. Женскими болезнями не страдала. Сердце и почки врачи находили здоровыми. Последние месячные 28 июня (?). Беременность протекала без особенностей, начала движений плода не помнит. Недели за 2 до поступления стала замечать отечные припухлости на ногах, скоро к вечеру начало опухать лицо. Последний coitus 4 дня назад. Болей нет.

При поступлении: больная среднего роста, хорошего питания, шатенка. Цвет лица свежий. Видимые слизистые оболочки розовые. Лицо заметно отечно, особенно веки. Живот выпячен беременной маткой, дно ее на 3 п. выше пупка. Скудные свежее полосы беременности. Пигментация средней линии ничтожна. Пупок не выпячен. Нижние конечности отечны, причем отек занимает стопы, голени и внутренние поверхности бедер. Плод в продольном положении, головка небольшая над входом в таз. Сердечные тоны справа ниже пупка. Границы сердца в пределах нормы, тоны глуховаты. Акцент на 2-м тоне легочной артерии. Легкие—N. Все тела 70 кг. Кровяное давление: макс.—170 мм ртутного столба по Riva-Rozzi. Анализ мочи: цвет соломенно-желтый, уд. вес 1023, реакция кислая, белок 5,50/100, лейкоциты 2—3 в поле зрения. Единичные неизменные эритроциты. Много гиалиновых и зернистых цилиндров.

Каков диагноз?

1. Имеется воспаление почек—нефрит у беременной.
2. Вряд ли это нефрит; скорее нефропатия беременных.

Что отеки у нашей больной не сердечные—это ясно. Сердечных заболеваний у нее никогда не было, объективно—кроме акцента на 2-м тоне легочной артерии, ничего не отмечается. С другой стороны, слишком ярки данные анализа мочи: альбуминурия, цилиндрурия. Перед нами беременная женщина с отеками: может возникнуть мысль, что тут просто гидропс. Но вы и не думаете о гидропсе, потому что слишком вески указания на почечное заболевание. Ведь при гидропсе нет альбуминурии; если и бывает белок, то его не больше, чем может быть у каждой беременной, т. е. не выше 0,1%; далее при гидропсе обычно не бывает повышенного кровяного давления. Тут оно резко повышено (170). Это не гидропс; вернее, это уже больше не гидропс.

Но может быть это нефрит, которым больная уже давно хворает и который во время беременности обострился? Или может быть это острый нефрит? Для острого нефрита нет никаких данных. Наша больная не перенесла никаких острых инфекций, она не принимала никаких abortивных средств (кантариды и пр.) Труднее исключить хронический нефрит. Тут дифференциальная диагностика может подчас встретить непреодолимые трудности, потому что „обе болезни проявляются одинаковыми главнейшими симптомами“ (Груздев). Хронический нефрит у беременных встречается гораздо реже нефропатии беременных. Помочь может анамнез (скарлатина, ангина): отеки в небеременном состоянии, увеличение сердечной тупости, акцент на 2-м тоне аорты; далее верные признаки недостаточности почек. Мочи бывает много, уд. вес низкий. Присутствие эритроцитов не доказательно для нефрита, так как оно бывает нередко и при нефрозе (нефропатии). Ретинит также не решает вопроса, потому что он часто встречается и при эклампсии. Заболевания глазного дна при нефропатии по данным Акушерско-гинекологического института, были отмечены в 6,5%, причем альбуминурический невритинит наблюдался в 3,4% случаев (Гуревич). На материале И. И. Яковлева заболевание глаз отмечено в 1,7%. Важно время наступления отеков: при нефрите явления со стороны почек начинаются в первые же месяцы беременности, при нефрозе, за исключением случаев пузырьного заноса,—в последние месяцы. На основании изложенного не трудно у нашей больной исключить нефрит и поставить диагноз нефропатии (нефроза беременности).

Что же такое нефропатия беременных?

Уже давно было известно, что беременные женщины в последние месяцы беременности нередко заболевают почками. Незначительная альбуминурия беременных переходит в заболевание почек, называвшееся прежде нефритом беременных. Терапевт *E. v. Leyden* первый нашел, что эта болезнь представляет собою заболевание *sui generis*, что оно не может быть названо воспалением почек, нефритом, и предложил название „почка беременных“. Многочисленные исследователи действительно не находили в почках воспалительных изменений, все обнаруженные изменения были явления дегенеративные. Почки увеличены, набухшие, корковый слой анемичный, бледно-желтый, мозговое вещество — темно-красное. Микроскопически находят мутное набухание или жировую инфильтрацию или перерождение эпителия прямых и извитых канальцев, а также клубочков. В последних отмечается утолщение сосудов. Мочевые канальцы нередко наполнены зернистым или гиалиновым экссудатом. Это „страдание почек“, специфичное для беременных, получило меткое название *perihorathia gravidarum* (*Löhlein*). *Kermauner* ввел это название в клинику. *Volhard* и *Fahr* назвали заболевание нефрозом беременных (гломерулонефроз). Нефропатия беременных (некоторыми авторами называемая *perihritis tubularis gravidarum*) встречается часто—2—3% всех беременных (по *Zangemeister'y*), 2,7% всех первородящих, 1,7% всех повторнобеременных заболевает нефропатией, обычно в последние (7—10) месяцы беременности; особенно же на 9-м месяце. И. И. Яковлев среди больных нефропатией отмечает 32% женщин интеллигентного труда, 23% физического труда, 45% „домохозяек“. Пожилые первобеременные,

беременные многоплодной беременностью особенно предрасположены и, что чрезвычайно важно, заболевают именно беременные, большие уже гидросомом. По данным Акушерско-гинекологического института, многоплодная беременность встречается в 12,3% всех случаев nephritis tubularis gravidarum, тогда как средняя часть двоен, по данным той же клиники, всего 1,4% (И. И. Яковлев). 24% всех гидрических беременных заболевают нефропатией. Это последнее обстоятельство практический врач должен оценить по достоинству, он должен понять, что нефропатия не есть болезнь обособленная и ни с какой другой патологией несвязанная. Он должен помнить, что нефропатия есть гестоз, есть второе звено в цепи токсикозов, начавшейся гидросомом и кончающейся эклампсией. Это обстоятельство обязывает нас к изучению клиники этого своеобразного заболевания и к серьезной борьбе с ним. Борясь с нефропатией, мы творим профилактику эклампсии.

Вначале больная дает клиническую картину гидросса. Переход в нефропатию знаменуется нарастающей альбуминурией. Если в начале болезни в моче можно было обнаружить количество белка, считающееся еще физиологическим, то скоро белок нарастает, причем количество его нередко достигает 8—10%_{оо} и больше. Подчас моча во время кипячения буквально сворачивается в столб. Одновременно с этим в моче обнаруживаются в большем или меньшем количестве цилиндры, преимущественно гиалиновые, но и зернистые.

Диурез падает, суточное количество мочи равно 500 см³ и менее. Больные сами замечают, что мочи стало меньше. Если функция почек понижена в смысле задержки воды, то азотсодержащие вещества и хлориды выделяются беспрепятственно. Поваренная же соль задерживается. По мере нарастания изменений мочи увеличиваются отеки на тех местах, где они уже были (голень, бедра) и появляются там, где их еще не было (вульва, живот, лицо). Характерно, что в полостях скопления транссудата почти никогда не наблюдается.

Кровяное давление обычно повышено (в противоположность гидроссу). Причиной этого явления некоторые считают изменения почек, другие видят ее в отеке мозга. Кровяное давление, превышающее 135 мм ртутного столба, считается повышенным.

Субъективно больные жалуются главным образом на отеки, иногда на головные боли, поташнивания, боли под ложечкой. Подобная клиническая картина может на протяжении последних месяцев беременности ослабевать, все явления даже могут пройти; подобное быстрое выздоровление от нефропатии наступает, как правило, в случаях внутриутробной смерти плода. Также после родоразрешения отеки обычно проходят, альбуминурия в течение первых дней послеродового периода сходит на нет и исчезает к 2 неделям после родов (в 80% случаев) в противоположность нефриту, который, как заболевание стойкое, после родов не проходит. К сожалению, в некотором проценте случаев явления нефропатии продолжают более или менее быстро нарастать, альбуминурия достигает высоких цифр, появляются сильные головные боли, тошнота, рвота, расстройства зрения, — картина, известная под названием преэклампсии (эклампсизма), или же непосредственно — без уловимых явлений эклампсизма разражается высшая степень гестоза — эклампсия.

После сказанного вас не удивит, что мы у нашей больной с легкостью поставили диагноз нефропатии и сразу же приступили к активной терапии. Мы ей предписали полный постельный покой, назначили на несколько дней голодную диету („лечение голодом и жаждой“). В течение трех суток больная получала только по небольшой тарелке киселя. Пить не давали ничего. Ежедневно определялись вес тела и суточное количество мочи.

21 марта. Общее состояние удовлетворительное, жалуются на голод и жажду. 36,6 °. Пульс 48, напряжен. Отеки на ногах несколько меньше. Появилась отечность в области крестца. Лицо отечно. Вес тела 69,5 кг, суточное количество мочи 500 см³.

22 марта. Самочувствие хорошее, стул был. Пульс 48. Отеки держатся. Вес тела 69 кг. Мочи — 800 см³. Кровяное давление: макс. 155.

26 марта. Самочувствие хорошее, т° — 36,3°. Пульс 60. Отеков на ногах нет. Лицо гораздо менее отечно. Вес тела 69,5 кг. Количество мочи 1200 см³, уд. вес 1010, белок — 4%. Лейкоциты 2-3 в поле зрения. Эритроциты неизмененные единичные. Гиалиновые цилиндры 12 — 15 в препарате. Назначена растительная диета без соли (каша, кисель, булка).

29 марта. Отек держится только на лице. Пульс 60. Кровяное давление макс. 150. Вес тела 68,8 кг. Движения плода бо́льшая ощущает хорошо. Мочи 1200 см³, уд. вес 1016, белок 7%. Один гиалиновый цилиндр в препарате. Диета скудная, бессолевая.

В дальнейшем состоянии бо́льшой резких изменений не давало. Суточное количество мочи 850 — 1300 см³. Вес тела продолжал понемногу падать. Белок в моче колебался между 6% и 7,5%. Кровяное давление около 140 — 150.

10 апреля. Общее состояние вполне удовлетворительное. Пульс 56. Отечность только на лице. Ночью была рвота. В склере правого глаза небольшое кровоизлияние. Движение плода чувствует хорошо. Сердечные тоны плода выслушиваются. Вес тела 67,1 кг. Мочи 1000 см³. Бессольная диета.

14 апреля. Пульс 68. Жалуются на головную боль. Вес тела 66,2 кг. Мочи 2200 см³. Исследование глаз: *visus* обоих глаз = 1, среды и глазное дно нормальны (проф. Я. В. Зеленковский). Моча: уд. вес 1010, белок 4,5%. Гиалиновые цилиндры 2 — 5 в поле зрения.

17 апреля. Пульс 60. Жалуются на сильную головную боль, со стороны нервной системы обнаружено: зрачки слегка расширены и несколько неравномерны ($S > R$), реакция зрачков на свет и аккомодация сохранены. Паралитических и судорожных явлений в двигательной сфере нет. Сведения затылка и симптома Кернига нет. „Сильные головные боли и общий упадок сил являются результатом токсикоза беременных“ (проф. А. В. Гервер). Выпущено 175 см³ крови из локтевой вены. Движений плода не чувствует.

18 апреля. Самочувствие хорошее. Голова не болит. Пульс 80. Кровяное давление макс. 165. Вес тела 64,4 кг. Мочи 2300 см³, уд. вес 1005, белок 1,5%. Лейкоциты 3 — 8 в поле зрения. Единичные эритроциты. Гиалиновые цилиндры 8 в препарате. Отеков нет.

19 апреля. Бо́льшая, по настоятельному желанию, выписалась домой.

Бо́льшая тяготилась больничным режимом и, почувствовав себя в конце пребывания здоровой, потребовала выписки. За месяц пребывания в клинике состояние ее прогрессивно улучшалось. Уже после первых дней лечения (дни голодания) диурез значительно повысился, вес тела стал неуклонно падать, отеки прошли, кровяное давление начало понижаться. Альбуминурия колебалась, доходя до 7,5‰, к моменту же выписки понизилась до 1,5‰. Приступ сильной головной боли прошел вслед за умеренным кровопусканием.

Нефропатия осталась нефропатией, гестоз не прогрессировал, не перешел в высшую ступень — преэклампсию.

Главные симптомы, характеризующие нефроз беременных: альбуминурия, отеки (*oedema*) и гипертония (метко собранные *Baumgart*'ом в слово *alboetonia*) были все время налицо, даже к моменту выписки.

Что же предстоит нашей бо́льшой?

1. Дома наступит ухудшение, бо́льшая вернется в клинику.
2. Может и не наступить ухудшения, бо́льшая поступит в роды и разрешится благополучно.
3. Бо́льшая все же осталась угрожаемой по эклампсии.

Мы дали нашей бо́льшой в день выписки необходимые указания в смысле режима (покой) и диеты (бессольная). Можем ли мы предсказать, что будет с нашей бо́льшой? — Нет.

Обсудим же вопрос о терапии нефропатии.

Давно известно, что при „почке беременных“ (теперь нефропатия, нефроз, гломеруло-нефроз по *Fahr*'у) следует особенное внимание обратить на диету. Общеизвестен совет избегать мяса, всего острого, раздражающего. Понятно, что следует ограничить белковую и жирную пищу, и, ввиду наличия отеков, сильно уменьшить количество вводимых жидкостей. Исключение делали для молока, которое горячо рекомендовали.

В настоящее время терапия нефропатии подверглась коренному пересмотру. Многочисленные наблюдения убедили клиницистов, что при нефропатии нужен строгий режим, бо́льшая должна соблюдать постельный покой. Горизонтальное положение несомненно способствует диурезу (*puktiuria*), в то время как вертикальное положение уменьшает диурез и выделение поваренной соли. Введение жидкостей должно быть ограничено *ad minimum*, может быть временно вовсе прекращено. Правда, жажда бо́льшими переносится тяжело. И все же надо настаивать на сухой диете, потому что при ней тканевые жидкости устремляются обратно в кровяное русло, вследствие чего уменьшаются отеки. Молоко надо ограничить или даже вовсе запретить. Литр молока содержит 3 г хлористого натрия, в 2 литрах молока, выпиваемых бо́льшой, в организм вводится 6 г соли. Это не может быть полезно, потому что при нефрозе беремен-

ных происходит задержка хлоридов; накапливающаяся поваренная соль удерживает большое количество воды. Все это может только способствовать отекам. А поэтому молоко признается вредным при нефропатии. Пища жирная, белковая должна быть исключена из диеты больной. Но этого мало: надо ограничить количество принимаемой пищи до минимума.

Так возникла мысль о лечении нефропатии „голодом и жаждой“. *Volhard* предложил свою *Hunger- und Durstkur*. К сожалению эти виды лечения нефропатии мало еще проникли в круги гинекологов. Но они заслуживают нашего полного внимания. Лечение покоем, голодом и жаждой, в дальнейшем сухая, бессолевая диета, наряду с этим тщательное наблюдение за состоянием больной, ежедневное взвешивание тела, систематическое измерение кровяного давления, если возможно, ежедневный анализ мочи, определение суточного количества ее, наблюдение за глазным дном, за деятельностью кишечника — вот приблизительная программа наших действий при нефропатии. Наблюдения клиницистов убеждают нас в рациональности этой терапии. Ее горячо рекомендуют *Volhard*, *Nonnenbruch*, *Lichtwitz* и др.

De Snoo на 500 случаев почки беременных, леченных по этим принципам, видел только один случай эклампсии.

Baumgart привел терапию нефропатии в строгую систему. Он справедливо видит в лечении нефропатии профилактику эклампсии. Существуют 3 симптома, предвещающие эклампсию: альбуминурия, отеки и гипертония (*alboetonia*). Иногда бывают изменения сетчатки. Остальные симптомы — головные боли, боли под ложечкой, расстройства зрения, головокружение, тошнота — лишь подтверждают опасность эклампсии. Надо не только бороться с готовой нефропатией, надо проводить профилактику ее с самого начала беременности. В этой массовой профилактике гестозов и заключается истинная профилактика эклампсии.

По *Baumgart*'у с самого начала беременности каждые 4 недели измеряется кровяное давление и делается анализ мочи. Беременной предлагают явиться, если только появятся отеки на ногах, руках, лице. При физиологическом течении беременности контроль (кровяное давление, анализ мочи) с 7-го месяца производится через 2 недели, с 8-го месяца еженедельно, на последнем месяце беременности 2 раза в неделю. Пока нет альбуминурии, беременные остаются в домашней обстановке. Как только появляются в моче белок и цилиндры, больные направляются в клинику. Тут предписывается абсолютный постельный покой. В течение 3 дней больные не получают ничего (лечение голодом и жаждой). В крайнем случае 1—2 апельсина в день. Голодание переносится больными тяжело, тяжелее переносится жажда. Надо следить за посетителями (тайный пронос пищи). На 4-й день дают $\frac{1}{2}$ литра бессоленного овсяного отвара, на 5-й день $\frac{1}{2}$ литра его. Ежедневно производится измерение кровяного давления, веса тела, суточного количества мочи, удельного веса, белка, микроскопическое исследование осадка.

Уже в начале голодания кровяное давление понижается. Только после того, как давление достигнет нормы, вес тела падает и количество белка в моче снижается, постепенно переходят на обычную диету при длительном ограничении питья. При этом важно, чтобы пища готовилась без соли. Это последнее требование особенно важно по следующим соображениям: у беременных наблюдается своеобразная „готовность к отекам“ (*Batisweiler*). Повидимому, имеется своеобразная реакция соединительной ткани на беременность, характеризующаяся авторами как „тенденция к гидропсу“, *praecoedema* (*Widal*), „латентный тканевой гидропс“ (*Strauss*).

У отечной беременной удерживаются почти весь хлористый натр и большая часть выпитой воды. (*Тарло и Олерская*) (Казань — 1930) доказали, что при нормальной беременности, а особенно у отечных беременных, количество хлоридов прогрессивно падает как в моче, так и в поте. Чрезвычайно ярка эта задержка хлоридов при токсикозах, связанных с отеками. При бессолевой диете хлористый натрий расходуется из запасов его в организме. Вместе с солью выделяется и вода (1 литр воды на 5—6 г соли). Таким образом бессолевая пища есть идеальное *diureticum*. При нефропатии больная, образно выражаясь,

должна пить за свой счет (*Яковлев*). Обычно человек поглощает в сутки 20—25 г поваренной соли, при бессолевой диете происходит своеобразный процесс вымывания из организма отеков.

Смысл этой диеты указан *Volhard*'ом: надо всемерно препятствовать оттоку воды из крови в ткани, и это достигается именно диетой, бедной водою и свободной от соли.

Baumgart признает, что лечение голодом и жаждой встречает со стороны больных сопротивление. И все же этот режим следует проводить строго. Чрезвычайное состояние требует чрезвычайных мер. То же можно сказать и относительно бессолевой диеты. Пища без соли—невкусная. Некоторые авторы предлагают заменять хлористый натр другими солями (*patrium bromatum*, *amiposol*, *hosal*). *Vuxert* рекомендует к хлебу, приготовляемому без соли, прибавлять мак или тмин. *Musey* (Америка—1926) предлагает давать хлористый аммоний до 10 г. в сутки. *Rissmann* еще в 1924 г. указал на пользу одно-двухдневного голодания при разного рода заболеваниях обмена у беременных. Теперь он горячо рекомендует это голодание при нефропатии, в тяжелых случаях в комбинации с кровопусканием.

В Швеции, где на эклампсию смотрят как на поздний симптом эклампсизма, проводят энергичную профилактику. В Лундской клинике (проф. *Essen-Möller*) с 1906 г. стремятся выявить у беременных начальные признаки токсикоза и ведут с ними борьбу. В настоящее время и там предписывают беременной постельный покой, бессолевую диету, при тщательном наблюдении за субъективными жалобами, альбуминурией, количеством выделяемой мочи и осадков, кровяным давлением и остаточным азотом. При ухудшении состояния—усиление режима и кровопускание; при дальнейшем ухудшении вызывают преждевременные роды. В такой же мере, как увеличивается число профилактически леченных случаев, уменьшается количество случаев эклампсии.

В заключение укажу интересное предложение лечить отеки беременных препаратами щитовидной железы.

Я остановился подробнее на современном лечении нефропатии, потому что убедился на материале своей клиники в его рациональности. У нашей больной мы применили вначале лечение голодом и жаждой (правда, не очень жестокое, так как давали тарелку киселя в день); в дальнейшем строго проводили бессолевую диету. Состояние больной прогрессивно улучшалось. Если бы, напротив, наступило ухудшение, мы бы приняли соответствующие меры: повторное кровопускание, люмбальная пункция, наркотические. Лечение щелочно-гипертоническим раствором по Фишеру, изученное нашей клиникой, в настоящее время нами отвергается. При переходе нефропатии в преэклампсию могут потребоваться более активные меры. Если альбуминурия и отеки нарастают, кровяное давление выше 180, или есть изменения в сетчатке, то может потребоваться прерывание беременности.

Особенное значение имеет кровяное давление. *Martin* за 7 лет видел только 2 случая эклампсии у своих клинических беременных, с тех пор как он при кровяном давлении выше 120 предписывает полный постельный покой и диету без мяса и молока.

Эклампсии всегда предшествует повышение кровяного давления. Гипертония, по *Schlossmann*'у, всегда серьезный продромальный симптом.

Интересно, что люмбальной пункцией, если нужно повторной (через несколько дней), можно достичь преходящего понижения кровяного давления. *Schlossmann* сообщает о хороших результатах от применения субокципитальной пункции. Известно предложение *Hochenbichler*'а понижать кровяное давление путем освещения горным солнцем. Из 80 беременных, освещенных кварцевой лампой по случаю предвестников эклампсии, ни одна не заболела эклампсией. Освещение горным солнцем по своему действию равносильно кровопусканию. Предложение *Hochenbichler*'а было с хорошим успехом проверено клиникой *Kermauner*'а в Вене. *Kermauner* также горячо рекомендует препараты щитовидной железы.

Из изложенного ясно, что тут, при гестозах, открывается для врача широкое поле деятельности; тут он может провести большую профилактическую

работу. И его труды не пропадут даром. Профилактика эклампсии — одна из наиболее благодарных задач врача (*Nonnenbruch*). „Он может оказать весьма большую помощь, при недостаточных знаниях он может принести большой вред“. Дело опыта, дело воззрений врача отбросить из многочисленных предложений те, которые он считает бесцельными, и культивировать те, которые он полагает рациональными.

Из последних наша клиника приняла лечение нефроза покоем, голодом и жаждой и бессолевой диетой.

Что эта терапия дает благие результаты, вы видели на нашей больной. Она выписалась в хорошем состоянии, почти без отеков, с незначительной альбуминурией.

В тот же день, 19 апреля, в 19 час. начались родовые боли. Прождав ночь дома, роженица утром отправилась в клинику, куда и поступила в 9 час. 20 мин. (№ приемного журнала 11891). При поступлении общее состояние вполне удовлетворительное; на ногах ничтожные отеки. Схватки частые. Головка плода в полости, сердечные тоны не выслушиваются. В 10 час. 15 мин. отошли воды. В 10 час. 45 мин. родился плод женского пола, мертвый, мацерированный, весом 2000 г и длиной 46 см. Последовый период затянулся. Послед вышел в 15 час. 40 мин., с обилием белых инфарктов. Осмотр плаценты обнаружил явный дефект. Поэтому сделано под наркозом ручное обследование полости матки, извлечен кусок плацентарной ткани величиной в 5-копеечную монету. Полость матки смазана подом. Послеродовой период без осложнений, температура один раз повысилась до 37,3°. Первые 3 дня больная получила под кожу butyrol.

Анализ мочи 24 апреля: уд. вес 1014, белок 0,8%, лейкоциты 20—30 в поле зрения, единичные малиновые цилиндры и неизмененные эритроциты.

27 апреля родильница выписалась домой без ребенка.

Итак случай кончился для матери благоприятно. Плод же родился мертвым. Когда же он погиб и отчего? Повидимому, внутриутробная смерть плода наступила дня за 3 до родов. Ведь 17 апреля сердечные тоны не выслушивались. За три дня плод успел подвергнуться мацерации. Смерть его стоит в связи с изменениями в планцете. При нефропатиях часто отмечаются обильные белые инфаркты. Плацентарная ткань на местах инфарктов функционально бездействительна. Смерть есть следствие недостатка питания и снабжения кислородом. Кстати напомним, что, как следствие изменений в планцете, при нефропатии наблюдалось преждевременное отделение нормально расположенного детского места, — одно из самых страшных осложнений беременности и родов.

У нашей больной не наступило ухудшения нефроза. Почему? Я себе представляю дело так: под влиянием рациональной терапии в течение месяца явления нефропатии были успешно сведены почти на нет. Если бы плод не погиб, может быть явления нефропатии стали бы вновь нарастать, может быть во время родов развилась бы картина острой нефропатии или даже разразилась бы эклампсия. Но вот погиб плод, спустя несколько дней после его смерти началась родовая деятельность, смерть плода положила конец токсикозу.

Интерес случая. 22-летняя женщина, имеющая в анамнезе лишь один аборт, поступает в клинику с обширными отеками, на 8-м месяце беременности. Ставится диагноз нефропатии (гломерулонефроза беременных). В течение месяца наступает почти полное излечение. Проводится лечение покоем, голодом и жаждой и бессолевой диетой. Больная настойчиво требует выписки. На следующий день вновь поступает в роды. Роды протекают спонтанно, рождается мертвый плод. Ручное удаление части плаценты. Быстрое выздоровление.

Случай 88-й

М. Г. 24 лет (№ приемного журнала 7132), поступила в родильное отделение 15 мая 1925 г. в 20 час. с жалобами на мучительную головную боль и на ослабление зрения, наступившее внезапно, несколько часов тому назад.

Больная беременна впервые, считает себя беременной „на сносях“. До беременности никогда ничем не хворала; беременность вначале протекала, по словам больной, хорошо, почему она за врачебным советом не обращалась. Не может указать ни времени последней менструации, ни первого движения плода. За последнее время стали опухать ноги до колен, а за последние несколько дней стала болеть голова, особенно в области лба и темени. Больная на это не обратила внимания, сегодня же сразу она стала плохо видеть, „как пеленой застилает“; она вызвала к себе акушерку, которая, осмотрев больную снаружи, почему-то нашла нужным сделать внутреннее исследование, после чего заявила, что надо сейчас же ехать в больницу. В 20 час. 20 мин. больная была доставлена в родильное отделение.

Перед нами крупная женщина, могучего сложения, хорошо упитанная, блондинка. Т.— N, пульс 80, напряженный. Кровяное давление 145—125 по Рива-Роччи. Лицо одутловато, черты лица грубые, стопы и голени умеренно отечны. Живот очень большой, шарообразный, напряженный. Кожа его сильно растянута, в нижней половине живота скудные, мелкие полосы беременности. Пупок выпячен; окружность живота 106 см. Дно матки доходит почти до мечи; мелкие части плода не прощупываются, над входом в таз несколько подвижная головка. Сердечные тоны плода слева ниже пупка.

Размеры таза: dist. spin.— 26 см; dist. crist.— 29 см; dist. troch.— 32 см; conj. ext.— 19 см.

Схваток нет, воды не отходят. Больная ведет себя беспокойно, постоянно меняет положение, то и дело жалуется на „ломоту в голове“.

Каков диагноз?

1. Больная не в родах, но очевидно беременна на сносях. Повидимому, начинается эклампсия.

2. У больной status eclampticus (prae eclampsia), беременность доношенная; повидимому имеются двойни.

Эклампсия или не эклампсия? Судорог, главного симптома эклампсии, нет и не было. Но своеобразный вид больной, характерные жалобы ее — сами собою направляют мысль в сторону эклампсии. Вы будете правы, если скажете: это пока еще не эклампсия, но эклампсия может в любой момент разразиться. Больная угрожаема по эклампсии, симптомы ее предвещают эклампсию. Они сигнализируют о грядущей опасности. Ведь давно известно, что эклампсии обычно предшествует ряд продромальных симптомов, подчас задолго до разражающейся катастрофы. Эти симптомы настолько характерны, что могут быть собраны в определенную группу и составляют определенную клиническую картину, названную французским акушером Bar'ом эклампсизмом. Если некоторые авторы (Rouvier, Eisenreich и др.) смотрят на это состояние лишь как на первый период эклампсии, ее латентный стадий, то другие (Bar и др.) выделяют это болезненное состояние (эклампсизм, prae eclampsia) в особую нозологическую единицу. Я полагаю, что последняя точка зрения более правильна, ведь мы знаем, что часто больные преэклампсией (status eclampticus, eclampsismus) вовсе не заболевают судорожными припадками, характеризующими эклампсию. На этом основании такой знаток эклампсии, как Essen-Möller, основной болезнью считает именно эклампсизм, в припадках же эклампсии видит лишь один из симптомов, который может и отсутствовать. В настоящее время мы сможем на преэклампсию как на гестоз, составляющий особое звено в цепи токсикозов возрастающей тяжести: гидрокс — нефропатия — преэклампсия — эклампсия.

Итак, наша больная страдает преэклампсией, беременность ее несомненно доношенная, огромные размеры живота, напряженность его, высокое стояние головки заставляют нас подозревать двойни, несмотря на недостаточность данных наружного исследования. Выслушивание сердечных тонов на одной стороне вовсе не исключает многоплодную беременность. Многоводие можно исключить: головка слишком малоподвижна, нет выраженной флюктуации.

Мы взяли мочу на исследование: тут же вскипятив ее, мы убедились в значительном содержании белка.

Наш диагноз преэклампсии основан на следующих симптомах: отеки, повышенное кровяное давление, альбуминурия, головная боль, расстройство зрения, моторное беспокойство больной и своеобразный вид ее. Если мы рассмотрим симптомы преэклампсии, то убедимся, что наиболее часто наблюдаются мучительные головные боли с локализацией в лобных долях, в темени или же в затылочной части. Эти головные боли действительно никогда не отсутствуют. Они появляются за 2—3 дня до припадков (если таковые вообще наступают), но могут наблюдаться и в течение 2—3 недель и даже 2 месяцев до заболевания (Albeck). Боли могут быть настолько сильны, что „больные места себе не находят“ (Михнов).

Вторым наиболее ярким симптомом являются боли в подложечной области. Этот симптом встречается значительно реже головных болей. Что это за боли — сказать трудно. Некоторые объясняют их мелкими кровоизлияниями в желудок, другие рассматривают их как нервные, как своего рода гастралгию (Durand), или же относят их к рефлекторным (Olshausen); наконец на эти боли смотрят как на сосудистые „кризы“, аналогичные „желудочным кризам“ табетиков

(Herrmann). Как бы то ни было, боли в области желудка — один из важнейших симптомов, презеклампсии. Сочетание их с головными болями может нередко предугадывать почти с достоверностью наступление в ближайшем будущем экламптических припадков (Olshausen, Селицкий).

Кроме этих двух признаков есть еще целый ряд симптомов, среди которых особенно выделяются отеки, альбуминурия и повышенное кровяное давление, составляющие известную триаду Zangemeister'a. Далее следуют симптомы, которые встречаются далеко не всегда: тошнота, рвота, головокружение сердцебиение, ослабление зрения (также мерцающие точки перед глазами, круги, мушки и т. д.), расстройство памяти, бессонница, сонливость, повышенная чувствительность и раздражительность, безразличие к окружающему, вялость, общее беспокойство, буйное состояние, бредовые явления, галлюцинации, бессвязные слова. Объективные данные сводятся к цианозу, отекам, альбуминурии, расстройствам деятельности сердца, повышению кровяного давления, к различным изменениям пульса, в единичных случаях к желтухе, болям в области желчного пузыря (Селицкий). К этому следует прибавить расстройства слуха (Durand), каждый зуд, расширение зрачков, слюнотечение и повышенную секрецию слезных желез (Hoffmann).

Наиболее важным из перечисленных симптомов я считаю расстройство зрения. Больные жалуются то на ослабление зрения: „пелена застилает“, „вижу как сквозь сетку, туман“, то на „падение звезд, мелькание искр, летание мух“ (pouches volantes); наблюдаются также амблиопия, амауроз, гемианопсия. Офтальмоскопия обычно не открывает ничего; в глазном дне нет никаких изменений (в частности ретинита). Все эти явления со стороны зрения объясняются анемией мозговой коры. Одна больная презеклампсией уверяла меня, что видит все время, как „падают 4 звезды“. Из более редких симптомов укажу на кожный зуд, парестезии в ногах, боли в животе и в ногах (Cammaert). Михнов видел случай сильнейших болей в спине и в боках, опоясывающих туловище. Merrill указал на мускульные подергивания. Иногда удается наблюдать так называемый „Rumpelsumpftrom“, который состоит в том, что перетяжка жгутом руки в области предплечья вызывает на ней образование петехий (по Яковлеву — поражение ретикуло-эндотелиального аппарата). Klasten описал интересный симптом, „глубокого дыхания“, а также одышку до 60 дыханий в минуту (tachypnoe и dyspnoe); Михнов — цианоз, появляющийся и исчезающий периодически; Zangemeister — зрачковый феномен: зрачки то расширяются, то суживаются (повидимому, в зависимости от колебаний внутричерепного давления). Из этого беглого обзора симптоматологии презеклампсии вы выносите впечатления крайней пестроты клинической картины. В конкретном случае на первом плане вы всегда найдете Zangemeister'овскую триаду: отеки, альбуминурию, гипертонию, услышите жалобы на сильную головную боль, часто на расстройство зрения, боли в подложечной области. Остальных симптомов может и не быть; если же какой-либо симптом и встретится, то он только подтвердит ваш диагноз.

Так Селицкий в 30 случаях презеклампсии видел в 90% расстройства зрения, в 60% боли в желудке при постоянном наличии триады: отеков, альбуминурии и гипертонии.

И если наша больная дает картину презеклампсии, то перед вами во весь рост встает вопрос: что будет с ней, наступят ли роды и когда, можно ли ожидать эклампсию и когда?

1. Презеклампсия может пройти, роды протекут физиологически.
2. Презеклампсия может перейти в эклампсию, причем последняя может развиться еще до начала родовой деятельности или же во время родов или, наконец, в послеродовом периоде.

Essen-Möller видит в эклампсизме основное заболевание, которому может следовать дальнейший симптом — экламптические судороги, но далеко не обязательно, а потому он полагает, что, за редкими исключениями, нет эклампсии без эклампсизма, но есть эклампсизм (презеклампсия) без эклампсии. Я убежден что далеко не каждый случай презеклампсии должен перейти в эклампсию. Status eclampticus может быть ликвидирован разумной терапией (конечно, далеко

не всегда); с другой стороны, ежеминутно можно ждать наступления припадков эклампсии. Может пройти несколько дней или меньше—несколько часов, даже минут—и под влиянием чаще всего такого раздражителя, как схватки, разражается эклампсия.

Мы вперед ничего не можем сказать, мы должны быть готовы ко всему и, главное, мы должны принять срочные меры борьбы с преэклампсией.

Что же вы предложите в нашем случае?

1. Больная не в родах. Надо лечить преэклампсию и притом консервативно.

2. Больной грозит эклампсия, ждать нельзя. Нужно возбудить родовую деятельность метрейризом.

3. Положение слишком острое, чтобы терять время на метрейриз.

Показано немедленное кесарское сечение.

Мнения разделились. С одной стороны—консервативное ведение, с другой—брюшностеночное кесарское сечение: „дистанция огромного размера!“ Спросим себя так: есть ли в данный момент в состоянии больной что-либо угрожающее? Безусловно нет, но состояние ее таково, что в любой момент могут произойти перемены: отеки могут нарастать, как бы на глазах может наступить полная слепота (амауроз), больная может впасть в бессознательное состояние и—главное—может разразиться эклампсия. Помимо всего этого, ведь может начаться родовая деятельность, которую мы будем приветствовать, помня, однако, что сами схватки могут явиться раздражителем, который вызовет эклампсию.

Какова же терапия преэклампсии? При обсуждении терапии преэклампсии следует исходить из основного положения, что преэклампсия так же, как и сама эклампсия, не есть самостоятельное или случайное заболевание. Эти два патологических состояния суть отдельные ступени на лестнице гестозов, причем эклампсия есть „кульминационный пункт“, „заключительный аккорд“, наивысшая степень токсикоза, в то время как преэклампсия является последним предшественником эклампсии. И как мы не знаем специфического лечения явной эклампсии, также мы не имеем идеальной терапии эклампсии латентной, т. е. преэклампсии. Понятно, что наше внимание должно быть обращено на профилактику этих заболеваний, причем профилактика эклампсии отнюдь не должна быть профилактикой припадков (*Строганов*).

Профилактика эклампсии должна заключаться в разумном лечении ее предшественников: лечение гидропса есть вместе с тем профилактика нефропатии; лечение нефропатии есть профилактика дальнейшей формы гестоза—преэклампсии, и, наконец, лечение преэклампсии будет действительной профилактикой эклампсии. На современную терапию гидропса и нефропатии я уже указал в предыдущих беседах. Если бы все беременные женщины с начальными формами гидропса подвергались бы разумной терапии, может быть страшный бич матерей—эклампсия уже была бы искоренена. Но что делать, если под наблюдение врача попадает беременная с уже развернувшейся картиной преэклампсии? Время для лечения более ранних предтеч—гидропса и нефропатии—упущено; остается лечить преэклампсию, этим осуществляя профилактику эклампсии.

Что же делать? Должен сказать, что нет никакой возможности хотя бы вкратце изложить все имеющиеся в литературе предложения. Лечение должно быть проводимо соответственно степени тяжести клинических явлений. Если нет никаких грозных явлений, больная укладывается в постель, ей предписывается строгая диета (крайнее ограничение питья, бессолевое питание, причем дают в очень ограниченном количестве кисель, или компот или фруктовый сок). Лучше круто перейти на Volhard'овское лечение голодом и жаждой. Конечно, требуется самое тщательное клиническое наблюдение, ежедневное взвешивание тела, определение кровяного давления, анализ мочи, хотя бы на белок. Вместе с тем надо позаботиться об устранении всякого рода внешних раздражений (шум, яркий свет), запретить впуск посетителей.

Rodecurt горячо рекомендует лечение кальцием, *Becker* (1925)—бессолевую диету, внутрь камфору по 0,05 3 раза в день и *mixtura diuretica*. *Hochenbich-*

ler и *Mayer* предлагают облучение горным солнцем (поочередно переднюю и заднюю поверхности тела 2—3 раза в неделю по 3—10 минут при расстоянии в 75 см). Если ряд американских и бельгийских авторов лечат эклампсию внутривенным впрыскиванием *magnesiі sulfurici*, то *Lazard*, *Irwin* и *Vruwink* (Los-Angeles) лечат преэклампсию повторными впрыскиваниями 10% раствора этой соли (по 20 см³) до падения кровяного давления. Максимум пришлось делать 24 вливания в течение 23 дней. Рекомендуют лечение наркотическими, метод Строганова, кровопускание, люмбальную пункцию и, наконец, искусственное прерывание беременности тем или иным способом.

При консервативной терапии затихание явлений преэклампсии может потребовать несколько дней, даже недель. С другой стороны, ухудшение клинической картины может совершиться на протяжении нескольких часов, а потому при консервативном ведении дела требуется зоркое наблюдение за больной. В случаях, когда, напр., постельное содержание, указанная диета, наркотические (люминал, морфий и пр.) и кровопускание ведут к улучшению состояния больной, показано дальнейшее консервативное ведение больной.

При нарастании явлений, особенно же при бурном ухудшении состояния больной, следует отступить от консерватизма и приступить к ликвидации беременности. В этом пункте мнения клиницистов расходятся резко. Так *Kirstein* настаивает на ранних и частых люмбальных пункциях. При ухудшении же состояния и нарастании мозговых явлений следует приступить к кесарскому сечению, если срок родов близок. *Zangemeister* за 9 лет сделал при преэклампсии 11 раз кесарское сечение (9 раз абдоминальное, 2 раза влагалищное). Из 11 матерей 1 умерла от воздушной эмболии. Из 11 детей 8 родилось живыми.

Кровопускания *Zangemeister* избегает, потому что эффект его скоропреходящ и потому что неизвестно, сколько больная еще потеряет крови в предстоящих родах. Если нет еще родовой деятельности, то он рекомендует наркотическими задержать наступление схваток до ослабления проявлений преэклампсии. Если же кровяное давление повышается, содержание белка в моче увеличивается, нарастают мозговые явления или появляются новые, то по *Zangemeister*'у, откладывать кесарское сечение не следует. В последние годы в клинике *Zangemeister*'а в 10 тяжчайших случаях сделана трепанация черепа в целях понижения внутричерепного давления. Из 10 больных умерло 7. О последнем методе я лишь упоминаю для полноты изложения, отнюдь не приглашая к подражанию. Собственного опыта, конечно, я не имею.

Если к объективным симптомам преэклампсии присоединяются еще субъективные явления со стороны мозговых вегетативных центров (сильные головные боли, боли в подложечной области, мелькание в глазах и проч.), то, по мнению *Seitz*'а, дальнейшее выжидание опасно, и так как родовая деятельность матки может только провоцировать припадки, то он рекомендует как во время беременности, так и в начале родов делать кесарское сечение. *Füth* также считает, что в известных случаях преэклампсии кесарское сечение необходимо. *Hans Rupp* возражает против кесарского сечения при преэклампсии. По его мнению во время начатый метод Строганова с кровопусканием делает „активную профилактику“ ненужной. *Albrecht* также высказывается против кесарского сечения, рекомендуя придерживаться настолько возможно дольше консервативного ведения преэклампсии. Венские клиники (*Kermauner* и *Peham*) отвергают широкий активизм при преэклампсии, тем более что кесарское сечение само по себе дает около 5% смертности.

Впрочем, есть группа больных, наиболее угрожаемых: это пожилые первородящие и старые многорожавшие. У этих скорее нужно решаться на кесарское сечение. *В. В. Строганов* категорически высказывается против кесарского сечения, *Л. Л. Окинчиц*, в тяжелых случаях, неподдающихся профилактическим мерам, считает показанным,ждавшимись жизнеспособности плода, преждевременное прерывание беременности. Скандинавские авторы *Essen-Möller* и *Lindquist* при безуспешности диетического лечения прерывают беременность, главным образом, путем простого разрыва пузыря, не принимая во внимание срока беременности. Из 101 случая в 28 *Essen-Möller* получил самопроизвольное родоразрешение. Смертность матерей у *Essen-Möllera*—0%, у *Lindquist*'а 0,8%.

Насколько метод прокола плодного пузыря при преэклампсии получит распространение сказать трудно. Я лично считаю преждевременный разрыв плодного пузыря у первобеременных моментом далеко небезразличным.

Считаю важным тут же указать, что все средства, ведущие к усилению схваток и к повышению кровяного давления, имея тут ввиду все препараты гипофиза, абсолютно противопоказаны как при преэклампсии, так и при эклампсии. Полагаю, что по этой же причине метрейриз вряд ли будет уместным способом лечения преэклампсии, как средство, вызывающее и резко усиливающее схватки.

На каком же образе действий мы должны остановиться в деле лечения преэклампсии?

На основании своего опыта полагаю, что при преэклампсии следует вначале придерживаться консервативного метода: постельный покой, строжайшая диета (лечение голодом и жаждой, бессолевая диета), тщательное наблюдение за общим состоянием больной, за пульсом, кровяным давлением, весом тела, дыханием, зрением, суточным количеством мочи, содержанием белка в моче, за субъективными жалобами больной, за явлениями со стороны нервной системы и психики, назначение наркотических (люминал, морфий); в дальнейшем показано кровопускание; при усилении мозговых явлений — люмбальная пункция (по 30 см³ даже повторно) и лишь в случае быстрого нарастания симптомов, главным образом мозговых явлений (бессознательное состояние, бред) или же при остром отекании и крутом повышении кровяного давления, — абдоминальное кесарское сечение.

Как же мы поступим с нашей больной? Общее состояние ее удовлетворительно. Сознание ясное, пульс 80, кровяное давление умеренно повышено (145 — 125), правда есть отеки, сильные головные боли и ослабление зрения и некоторое моторное беспокойство. Схваток нет. Есть ли показания к кесарскому сечению? Нет, сейчас нет; они могут появиться в дальнейшем. Есть ли показания к метрейризу? Не только нет показаний, а есть полные к нему противопоказания. Остается консервативное ведение больной, но, конечно, при полной готовности вмешаться активно, если того потребует состояние больной (21 час).

Больной сделано подкожное впрыскивание морфия (0,015), она вскоре заснула и проспала часа три. В полночь больная проснулась и стала опять жаловаться на головную боль. Сознание полное, прекрасно ориентируется во времени и пространстве. Ведет себя несколько спокойнее, чем при поступлении. Схваток нет. Отеки не усилились. Зрение не ухудшилось. Пульс 84, напряженный. Кровяное давление то же (145 — 125). Помочилась (100 см³). Моча сохранена для анализа.

Появились ли показания к активному вмешательству? нет, ничего нового не произошло — ждем!

В 4 часа ночи беспокойство несколько усилилось, впрыснули морфий (0,01). Больная задремала.

В 6 часов утра начались схватки, сразу очень частые и бурные. В общем состоянии больной перемен нет.

В 7 часов отошли воды в умеренном количестве. Живот не уменьшился, значит — многоводия действительно нет. Головка вступила в полость таза. Сердечные тоны слева ниже пупка.

Не будем делать ректального исследования! Оно не к чему, кроме того, оно может привести к припадку эклампсии.

В 9 часов начались потуги.

В 10 часов 40 мин. родился плод женского пола, живой, доношенный; вес 3100 г.

Осмотр живота роженицы убедил нас, что в матке имеется еще плод. Наше предположение оправдалось. Живот мало уменьшился, дно матки определяется на 3 пальца ниже меча. Спинка плода определяется слева, справа около дна мелкие части; над входом в таз баллотирует головка. Сердечные тоны выслушиваются слева ниже пупка. Общее состояние роженицы несколько лучше: пульс 80, меньшего напряжения, головная боль беспокоит меньше, зрение несколько яснее. Зрачки довольно узкие.

Что делать?

1. Немедленно закончить роды поворотом и извлечением.
2. Предоставить роды естественному течению.

В то время как при поступлении условий для родоразрешения не было, теперь они налицо. Родовые пути растянуты прохождением первого плода, зев вполне открыт, плод подвижен, условия для поворота и извлечения самые благоприятные. Вопрос о показаниях более сложен. С одной стороны, ввиду *status praeclampticus* желательно закончить роды возможно скорее. С другой стороны, известно, что при двойнях после рождения первого плода не следует спешить с родоразрешением, дабы дать матке возможность приспособиться к изменившимся пространственным отношениям и этим избежать атонии матки в последовом периоде и в начале послеродового. К тому же невольно спрашиваешь себя, нельзя ли избежать без вреда для больной внутриматочного вмешательства, все же не безразличного?

Которые доводы более вески, которые должны перетянуть чашу весов?

Что случай не особенно грозный, в этом мы уже убедились. Эклампсия не разразилась; за 13 часов пребывания в больнице ухудшения не наступило, наоборот, наступило как будто некоторое улучшение. К тому же начались роды; значит, матка находится в состоянии активной работы, первый плод родился, причем периоды раскрытия и изгнания длились всего 4 часа 40 мин. Положение второго плода правильное. Мы имеем полное основание думать, что работа матки не остановится и что изгнание второго плода не заставит себя ждать и совершится быстро.

Подождем! Конечно, слыхом долго мы не будем ждать. Зорко следя за состоянием роженицы, мы имеем полную возможность при наступлении ухудшения в состоянии больной закончить роды быстро и бережно.

Итак, мы решили ждать.

В 12 час. 40 мин. начались схватки, которые постепенно усиливались. В 14 час. отошли воды и начались потуги. Произведенное вслед за отхождением вод ректальное исследование обнаружило: полное открытие зева, головка в выходе таза, стреловидный шов в прямом разрезе, малый родничок спереди. Слева рядом с головкой кисть руки. Тут же тянется вглубь пуповина родившегося плода.

Помешает ли ручка? Конечно, нет. Головка в выходе таза, родовые пути растянуты *ad maximum*, потуги хорошие.

И действительно в 14 час. 35 мин. родился плод мужского пола, причем головка прорезалась вместе с левой ручкой. Плод живой, меньше первого, весом в 2500 г.

Кровотечения нет. Благоприятное течение изгнания второго плода вполне оправдало нашу выжидательную тактику.

Последовый период был патологичен. В течение 2 $\frac{1}{2}$ часов послед не отделился, и хотя кровотечение не было и состояние больной было не плохое, все же мы предпочли дольше не ждать. Выжимание последа по *Credé* осталось безрезультатным. Дан наркоз. Попытка выжать послед в наркозе также успехом не увенчалась. Началось значительное кровотечение, а потому с соблюдением правил асептики сделано ручное отделение последа. Во время операции оказалось, что в матке было 2 детских места, что одна плацента была довольно прочно прикреплена в правом углу матки, другая занимала заднюю стенку матки. После операции матка хорошо сократилась — кровотечения нет.

Назначен полный покой, лед на живот, ежедневно *butyrol* под кожу.

Послеродовой период осложнен пuerперальным эндометритом. Температура протекала субфебрильно, 2 раза дала повышения до 40 — 41°. В выделениях найдены грамположительные дип. кокки и обильные грамотрицательные палочки.

На 10-й день после родов один из двойней (мальчик) умер.

У матери отеки прошли скоро, зрение восстановилось на другой день после родов. На 20-й день она выписалась совершенно здоровой с ребенком (девочкой). Со стороны мочи ко дню выписки явления альбуминурии прошли.

Зрение быстро восстановилось. Конечно, в данном случае амауроз был центрального происхождения, без анатомических изменений в сетчатке. К сожалению, это не всегда так. Нередко расстройства зрения имеют в своей основе изменения в сетчатке в виде ретинита.

Если до недавнего прошлого большинство акушеров и офтальмологов смотрели на экламптический амауроз лишь как на предвестник судорог и видели в нем лишь сосудисто-функциональный симптом, то это объясняется тем, что обычно не находили изменений глазного дна. Причину видели в центральном поражении, *Zangemeister* — в компрессионной анемии мозговой коры. Лишь в 1921 г. *Lindgren* обратил внимание на более или менее тяжелые изменения глазного дна, появляющиеся одновременно с наступлением экламптического

амауроза, без того, чтобы предшествовали явления ретинита беременных. По его мнению, существует повидимому *retinitis eclamptica*, характеризующийся внезапным появлением поражений глазного дна. За последнее время раздаются голоса, требующие активного вмешательства акушеров при наступлении амауроза при эклампсии (офтальмолог *Krückmann* — 1928), в то время как такие видные гинекологи, как *Hammerschlag*, *Sachs*, *Stöckel* не видят в амаурозе показаний к вмешательству, потому что, по их мнению, он обычно проходит, не оставляя расстройств зрения. *Loose* и *Carl Schröder* (Вюрцбург — 1930) описали случай преэкламптического амауроза, в котором при вполне сохранившейся зрачковой реакции на свет появились явления отека сетчатки и спазм артерий, поведшие к кровоизлияниям в сетчатку и даже к образованию белого очажка в сетчатке левого глаза. После немедленно произведенного кесарского сечения ретинит прошел.

Lindgren у 134 экламптичек видел 14 раз изменения глазного дна, *Schiötz* наблюдал на 132 случая эклампсии 16 раз и на 26 случаев преэклампсии 11 раз поражения сетчатки в виде ретинита, папиллоретинита, кровоизлияний, отслойки сетчатки. При своевременной помощи зрение восстанавливается. *Krückmann* полагает, что орган зрения не выдерживает экламптического амауроза дольше 11—12 часов.

Повидимому нам нужно более внимательно, чем до сих пор, отнестись к расстройствам зрения у наших беременных и рожениц. При исследовании глазного дна нужно особенно обращать внимание на кровоизлияния в сетчатку и на колебания калибра сосудов. Может быть обнаружение экламптического ретинита должно послужить показанием к скорейшему родоразрешению (*Loose* и *Carl Schröder*).

Интерес случая. Первобеременная поступает в больницу с явлениями преэклампсии. Родовых болей нет. Решено вести больную консервативно. Есть подозрение на двойни. Родовая деятельность наступает в первую же ночь по поступлении. Первый плод родился во втором затылочном положении. Второй родился через 4 часа, причем головка прорезывалась вместе с ручкой. Консерватизм дал вполне хорошие результаты. Ведение последового периода было вначале консервативным, но спустя 2½ часа было решено выступить активно. Ввиду безуспешности выдавливания последа, даже под наркозом, произведено ручное удаление последа. Двойни разнополые, двуйяцевые. Оказалось 2 последа. Амауроз быстро прошел.

В послеродовом периоде — явления пуэрперального эндометрита. Один из близнецов, меньший, умер. Мать выписалась со здоровым ребенком.

Случай 89-й

О. Г. И. 25 лет (№ приемного журнала 9344), поступила в клинику 9 марта 1930 г. в 16 час., будучи направлена консультацией для беременных для наблюдения.

Из анамнеза мы узнаем, что пациентка всегда отличалась хорошим здоровьем. Ровно год назад, забеременев впервые, сделала себе искусственный аборт. Последние регулы были 5 июня 1929 г.; первая половина беременности протекала без особенностей. Движения плода впервые почувствовала в середине октября. За последний месяц появились отеки ног, сперва на стопах и голенях; в виду постепенного увеличения отеков больная обратилась в консультацию. В карточке для беременных мы находим данные анализа мочи: белка 3,3‰, гиалиновые цилиндры. За последние дни появилась одышка и головные боли. По совету врача консультации больная и поступила в клинику 9 марта вечером.

Утром 10 марта исследование: больная правильного телосложения, хорошо упитанная светлая шатенка. Т. — 36,8°. Пульс 76, довольно напряженный. Лицо несколько пастозно, небольшой отек век; нижние конечности резко отечны снизу доверху. Отек имеется также на половых частях и в покровах нижней половины живота. Живот увеличен соответственно доношенной беременности; полус беремености мало; пупок выпячен. Окружность живота 98 см. Дно матки на 3 пальца ниже меча. Спинка плода определяется слева, мелкие части справа в дне. Предлежит головка, неподвижно малым сегментом во входе. Сердечные тоны слева ниже пупка, 140 в минуту.

Размеры таза: dist. spin. 27 см; dist. crist. 29 см; dist. troch. 31 см; conj. ext. 20 см; conj. lat. 14,5 см. Схваток нет. Беременная апатична, жалуется на общее недомогание, на сильную головную боль в области лба и темени и на одышку.

Каковы диагноз и предсказание?

1. Имеется нефропатия в конце беременности. Больная угрожаема по эклампсии.

2. Это уже не нефропатия. Имеется преэклампсия. Можно ежеминутно ждать припадка эклампсии.

Одного взгляда на нашу больную достаточно, чтобы поставить диагноз токсикоза. Вид ее характерен: крупная, упитанная женщина с своеобразными огрубевшими чертами одутловатого лица, обширные отеки, типические жалобы на головную боль, появившуюся всего несколько дней назад, напряженный пульс, характерные данные анализа мочи. Сомнения нет, она больна одним из предшественников эклампсии! Вместе с тем ясно, что это уже не нефропатия, это больше чем нефропатия. Мы можем смело сказать, что 4—3—2 недели назад пациентка была больна нефропатией, против какой не было принято никаких мер. Нарастая, токсикоз перешел в дальнейший стадий, преэклампсию (эклампсизм, *status eclampticus*, латентная эклампсия). Это подтверждает общий *habitus* больной, столь типичный для преэклампсии и столь трудно передаваемый словами, за это говорит апатия больной и ее жалобы на мучительную головную боль и на одышку. Кстати об одышке: понятно, что одышка может быть и сердечного происхождения, а потому посмотрим сердце: границы сердечной тупости в пределах нормы, шумов нет, тоны глуховаты, второй тон на легочной артерии несколько акцентуирован. Нет, это не сердечная одышка, это симптом преэклампсии, указанный недавно *Klafter* ом. Последний на основании исследования глубины дыхания ставит даже прогноз на припадки эклампсии.

Итак, перед нами картина преэклампсии. Что же будет дальше? Несомненно, больная грозит эклампсией. Более чем вероятно, что припадки разразятся. Ведь в данном случае не было принято никаких профилактических мер. Когда у больной были начальные проявления токсикоза, в виде простого гидрoпса, она не обращалась за врачебным советом. Она пошла в консультацию, когда уже симптомы нефропатии были ярко выражены. Быстро появились признаки преэклампсии. Процесс нарастания идет быстро. Вряд ли он остановится на предпоследней ступени; повидимому, эклампсия неизбежна.

Кстати упомяну, что *Seitz* различает две разновидности преэклампсии. В большей части случаев картина развивается постепенно из нефропатии; при второй форме преэклампсии отеки, белок и цилиндры в моче отсутствуют, но внезапно наступают тяжелые субъективные явления, а также повышение кровяного давления. Это состояние больной бывает настолько кратковременным, что часто не поддается наблюдению, и эклампсия представляется появившейся без всяких предвестников (*Сахаров*).

В нашем случае было упущено много драгоценного времени. Но больная ведь еще не в родах, может быть удастся предотвратить эклампсию.

Конечно, мы должны немедленно начать активную профилактику эклампсии, хотя и запоздалую, хотя бы с малой надеждой на успех.

10 марта. Самочувствие больной скверное. Жалуется на сильную головную боль. Пульс 72. Кровяное давление 160—125. Отеки без перемен. Вес тела 82,6 кг. Анализ мочи: цвет желто-коричневый, мутновата, уд. вес 1017, реакция кислая, бепка — 4,0‰. В осадке лейкоцитов 15—35 в поле зрения, невыщелоченных, эритроцитов 1—2 в поле зрения, единичные гиалиновые цилиндры.

Больной назначен абсолютный постельный покой, лечение голодом и жаждой, разрешено в течение суток съесть небольшую тарелку киселя. Назначено ежедневно взвешивание тела, измерение количества мочи, кровяного давления; внутрь принимать 5% раствор хлористого кальция по столовой ложке 3 раза в день.

12 марта. Сутки провела спокойно. Вечером была сильнейшая головная боль. Голодание и жажду переносит хорошо. Схваток нет. Пульс 80, напряженный. Т. 36,6°. Отеки на конечностях без перемен. Лицо менее отечно. Вес тела 80,4 кг. Суточное количество мочи 1500 см³. Кровяное давление 160—125.

Итак, за сутки мы видим хороший диурез, падение веса. С другой стороны кровяное давление не предвещает ничего хорошего.

Есть ли показания к вмешательству?

1. В виду отсутствия грозных явлений надо продолжать активную профилактику.
2. Показано кесарское сечение, пока не поздно.

Как же быть? Ждать или решиться на оперативное родоразрешение? Какие же мы имеем сегодня показания к кесарскому, которых не было вчера? Никаких!!

Правда, есть явления тревожные — это высокое кровяное давление и непрекращающиеся головные боли, но с другой стороны, есть и утешительные моменты — диурез и падение веса и отсутствие ухудшения общего состояния. Мы не отвергаем кесарского сечения при преэклампсии совершенно, — отнюдь нет, но полагаем, что оно показано очень редко, при действительно грозном состоянии больной, как *ultimum refugium*.

Итак, будем продолжать нашу интенсивную профилактическую терапию.

13 марта. Сутки прошли спокойно. Схваток не было, побаливает поясница. Головная боль продолжается. Пульс 58, напряженный. Т. — 36,8°. Отеки на ногах меньше. Мочи только 500 см³. Данные анализа те же. Вес тела 80 кг. Голодная диета начинает тяготить больную. Кальций принимает.

Мы получаем очень неопределенное впечатление о ходе событий. Удастся ли предотвратить эклампсию? Вряд ли. Наступят ли роды? Разразится ли эклампсия и когда? Мы этого не знаем. Пока ведь грозного ничего нет. Не будем торопиться. Иногда наступление родовой деятельности приходит нам на помощь.

Того же 13 марта в 17 час. Больная стала жаловаться на небольшие боли в животе; объективно можно было констатировать слабые и редкие сокращения матки. Головка малым сегментом во входе, неподвижна. Сердечные тоны ясные.

14 марта утром. Самочувствие хорошее, головные боли несильные. Схватки сильнее и чаще. Сердечные тоны ясные. Осторожное исследование *per rectum* выяснило, что шейка сглажена, наружный зев открыт на полтора пальца, пузырь во время схватки наливается. Головка высоко во входе в таз.

Итак, роды начались идет период раскрытия. Можем ли мы праздновать победу? Нет, далеко нет, угроза эклампсии осталась. Есть ли показания к вмешательству? Никаких.

В течение 14 марта родовой акт подвигался очень медленно. Ночью схватки участились, собрать суточное количество мочи не удалось.

15 марта утром. Общее состояние роженицы вполне удовлетворительное. Голова почти не болит. Т. — 36°. Пульс 78, напряженный. Схватки через 5 минут, довольно сильные. Понемногу отходят воды. Головка во входе в таз, теперь уже большим сегментом. Сердечные тоны там же, ясные.

Показано ли вмешательство?

1. Нет, роды идут физиологически.

2. Роды длятся уже больше суток, надо во чтобы то ни стало разрешить больную.

Повидимому, период раскрытия приближается к концу, закончить роды будет не трудно, если только условия будут даны. Родовой акт протекает не вполне физиологически, роды приняли затяжной характер, что еще больше повышает опасность наступления эклампсии.

Мы решили сделать ректальное исследование: открытие зева 3—3½ пальца, края ригидны. Пузыря нет. Головка во входе.

Мы ожидали большего открытия, мы рассчитывали, что открытие полное и что головка опустилась хотя бы в широкую часть полости малого таза. Оказалось, что условий к наложению щипцов далеко еще нет. Придется еще немного подождать: головка опустится, наступит полное открытие, тогда мы наложим щипцы.

В 16 час. внезапно с больной произошла перемена: она закатила глаза, судороги прошли по всему телу, разразился типичный припадок эклампсии. По прекращении припадка впрыснут морфий (0,015). Больная пришла в себя, начала жаловаться на плохое самочувствие.

В 18 час. 40 мин. температура поднялась до 39,0°. Пульс стал частить, 108 в мин., напряженный. Больная в полном сознании, несколько возбуждена. Из влагалища гнойвидные выделения. Дан люминал (0,15).

Итак, разразилась эклампсия к концу периода раскрытия. Наша профилактическая терапия преэклампсии оказалась запоздалой, она не могла предотвратить припадков. Если бы родовой акт прошел быстро, возможно, что не было бы припадков. Но, к сожалению, роды затянулись, повидимому вследствие ригидности зева, и наступил кульминационный пункт гестоза — эклампсия. Немедленному родоразрешению путем наложения щипцов препятствует неполное открытие зева. Но вот случилось осложнение — поднялась температура. Это не есть та лихорадка, которая иногда случается во время родов при эклампсии

и о которой мы при случае еще поведем речь; нет, это повышение температуры очевидно стоит в связи с гноевидными выделениями из родовых путей. Имеется восходящая инфекция. Теперь показания абсолютные к окончанию родов. Мы наложили щипцы. Правда, условия тут очень относительные. Но другого выхода нет. Если открытие зева будет неполное, мы перед операцией расчленим или расчленим его, высокое стояние головки заставляет нас взяться за щипцы Kjelland'a. Мы должны на все это идти, ведь родоразрешение показано абсолютно.

В 19 час. 20 мин.— второй припадок эклампсии.

В 20 час. пока шли приготовления к операции — третий припадок.

Больная наркотизирована, взята на стол, обычным способом приготовлена к операции. Выпущена моча, скудная, темная; открытие 4 пальца, края зева тонкие, напряженные, головка неподвижна в широкой части полости. Стреловидный шов в поперечном размере таза, малый родничок слева, большой — справа, но на том же уровне. Пальцевым способом зев расширен до 5 пальцев. Наложены щипцы Kjelland'a в прямом размере таза. Передняя ложка наложена атипически (т. е. без поворота, путем странствования), задняя непосредственно впереди мыса. Щипцы легко замкнуты. После нескольких неполных тракций с одновременной ротацией, головка опустилась. Щипцы перешли в левый косой, далее в поперечный размер таза. Профилактически сделан справа шухардовский разрез. Головка выведена в щипцах. Ребенок извлечен в легкой асфиксии, через 2 мин. закричал, мужского пола, весом 4000 г.

Последовый период затянулся. Мы ждали 4 часа, после чего сделали безуспешную попытку выжать послед по Credé. Пришлось повторить попытку в наркозе и, ввиду ее безуспешности, сделать ручное отделение послета, плацента оказалась довольно крепко прикрепленной к передней стенке матки. После этого введены зеркала, осмотрена шейка: без разрывов. Полость матки смазана иодом. Разрез Шухарда зашит в 3 этажа.

Припадки больше не было. К утру больная в сознании, температура 37,0°. Пульс 88.

Послеродовой период, как и следовало ожидать, осложнился явлениями легкого эндометрита. Ежедневные впрыскивания Butyrol'a Мякотинной. Диурез колебался между 1500—1600 см³. Разрез Шухарда дал частично вторичное натяжение. Белок в моче пал до следов. 24 марта родильница выписалась здоровой с ребенком.

Итак, наша интенсивная профилактическая терапия успехом не увенчалась: разразилась эклампсия. Почему? Потому, что начато было лечение слишком поздно, потому что родовой акт затянулся. Была ли с нашей стороны допущена какая-либо ошибка? Несомненно, и не одна. В работе акушера нередко бывают упущения, которые доходят до сознания врача лишь *post factum*. Так и здесь. Нам теперь вполне ясно, что 15 марта утром, т. е. до первого припадка, или во всяком случае уже в 17 часов, т. е. после него, нужно было сделать кровопускание. Вторую ошибку я усматриваю в том, что, когда выяснилось малое открытие зева вследствие ригидности зева, не было сделано пальцевое расширение зева, конечно, в наркозе. И тем не менее, мы вышли с честью из положения, хотя нам и не удалось предотвратить эклампсию. Гестоз, не захваченный во-время, прошел все стадии по восходящей лестнице с тем, чтобы в родах дать заключительный аккорд — эклампсию.

Интерес случая. 25-летняя, беременная на сносях, поступает с яркими симптомами преэклампсии. Кесарское сечение отвергается. Немедленно начата интенсивная профилактическая терапия, которая, как явно запоздалая, не могла предотвратить в родах эклампсию, тем более, что период раскрытия затянулся из-за ригидности зева. Ввиду наступления припадков эклампсии и явлений эндометрита *sub partu* роды закончены наложением щипцов Kjelland'a. В последовом периоде пришлось сделать ручное отделение послета. На 9-й день родильница выписалась со здоровым ребенком.

Э К Л А М П С И Я

Случай 90-й

В. И. К., 19 лет (№ приемного журнала 2815), доставлена в клинику 29 ноября 1929 г. в 5 часов утра.

По словам мужа, К. почувствовала накануне вечером после ужина сильную боль „под ложечкой“; он ее свез в родильный приют, где после осмотра ей сказали, что болезнь „желудочная, вероятно отравление“ и посоветовали обратиться к терапевту. Вернувшись домой, больная выпила молока, после чего началась рвота. Вскоре случился судорожный припадок с потерей сознания. За 2½ часа таких припадков было всего 3. Далее муж сообщил, что его жена была всегда здорова, что настоящая беременность первая, что срок беременности ему неизвестен и что она никуда за советами не обращалась.

При поступлении: перед нами правильного телосложения полная женщина, блондинка, в поду бессознательном состоянии. Лицо бледное, пастозное, веки опущены. Живот увеличен соответственно 8—9 месячной беременности пупок только сглажен. Пигментация почти отсутствует. Отеки на ногах ничтожны. Т. — 36,8°. Пульс 90, ровный, напряженный. Во время осмотра — судорожный припадок. Глаза перекосились, начались подергивания в мышцах лица, после чего наступили тонические и клонические судороги во всей мускулатуре тела, дыхание прекратилось, наступил сильный цианоз вслед за этим судорожные подергивания стали реже, и с глубоким тяжелым вздохом припадок прекратился. Лицо синюшно, зрачки расширенные во время припадка, сузились, изо рта течет слюна с пеной, несколько окрашенной кровью. Дыхание возвратилось. Больная без сознания.

Нет сомнения — припадок эclamптический!

Решено обследовать больную. Не забудьте: всякая манипуляция, могущая подействовать раздражающе на больную, может вызвать припадок, а посему будь то внутреннее исследование, бритье, катетеризация пузыря — все это должно быть произведено в наркозе.

6 час. 15 мин. дан легкий хлороформный наркоз. Дно матки на 4 пальца ниже меча, положение плода продольное, головное, спинка слева. Головка над входом в таз, подвижна. Тоны плода слева ниже пупка.

Схваток нет.

Размеры таза: dist. spin. — 26 см; dist. crist. — 29 см; dist. troch. — 30 см; conj. ext. — 18 см; conj. lat. — 14,5 см. Окружность живота 86 см, окружность таза 87 см.

Больная выбрита и подмыта. Наружные части развиты правильно. При исследовании rectum: полость таза пуста, шейка укорочена, зев закрыт. Высоко предлежит подвижная головка. Мыс достигается с трудом. Катетером выпущена моча, мутная, темная, (почти кофейного цвета) в количестве 40 см³. Послана в лабораторию.

Каков диагноз и предсказание?

1. Имеется эclamпсия во время беременности (на 9-м месяце). Роды наступят неминуемо.

2. Роды могут и не наступить. Припадки могут прекратиться. Прогноз не плохой.

3. Родовой акт не наступит. Припадки будут продолжаться. Предсказание очень серьезно.

Типический судорожный припадок убедил нас в том, что у нашей больной эclamпсия. Спрашивается, какая это эclamпсия? Номенклатура заболевания довольно сложна. Самое слово „эclamпсия“, для нас столь привычное, древнее слово, происшедшее от греческого глагола — вспыхивать, воспламеняться, возгораться — известно в науке уже сотни лет. В настоящее время под понятием родовой „пуэрперальной эclamпсии“ мы понимаем болезнь беременных, рожениц или родильниц, выражающуюся сложным симптомокомплексом, самое выдающееся проявление которого есть появляющиеся приступами клонические судороги поперечнополосатой мускулатуры всего тела. Об исключительно редких случаях эclamпсии, где именно этот главный симптом отсутствует, об „эclamпсии без судорог“ — речь будет в другом месте.

Эclamпсия может поразить женщину во время беременности, на протяжении всего родового акта и после родов. Соответственно этому различают:

1. Эclamпсию беременных — ecl. gravidarum sive sub graviditate.

2. Эclamпсию рожениц — ecl. parturientium sive sub partu.

3. Эclamпсию послеродовую — ecl. puerperarum sive post partum.

Само собою понятно, что эclamпсия, начавшаяся до родов, может продолжаться и во время родового акта, так же как эclamпсия рожениц может продолжаться и в послеродовом периоде.

Кроме того клиника различает:

1. Раннюю эclamпсию (ecl. praecox), когда припадки раздражаются в ранние (3—7) месяцы беременности.

2. Позднюю эclamпсию (ecl. tarda), когда припадки впервые начинаются по истечении большого срока по окончании родов.

3. Повторную эclamпсию (ecl. recedens), когда болезнь возвращается у женщины при следующей беременности.

4. Рецидивирующую или возвратную эclamпсию — ecl. recidens, когда заболевание возвращается при одной и той же беременности независимо от продолжительности срока между рецидивами, но при условии прохождения всех патологических явлений в длительных интервалах (С. А. Селицкий).

5. Интеркуррентную эклампсию (*ecl. intercurrens*), когда заболевание обрывается, беременность продолжается, и в последующем наблюдаются нормальные роды. *Селицкий* считает более правильным к этой же форме эклампсии приурочить название „абортивная“.

Наконец, в практических целях было предложено все случаи эклампсии, находящиеся в лечебном учреждении, делить на внешние (*ecl. externa*) и внутренние (*ecl. interna*), смотря по тому, были ли у больной припадки до поступления или они начались в учреждении.

Наш случай несомненно *ecl. externa*, кроме того несомненно, что это *ecl. sub graviditate*. Точнее же определить форму болезни мы не можем; ведь мы не знаем, каково будет течение болезни, наступят ли роды, пройдут ли болезненные явления при сохранении беременности. Это дело дальнейшего.

Обратим внимание на возраст: нашей больной 19 лет. Это важно. Давно известно, что эклампсия поражает молодых женщин, это подтверждают все статистики. *Селицкий* определяет средний возраст для первородящих 21,7 года, *Harrar* в 24 года. *Лиховец* говорит, что в 53,8% заболевание встречается от 20 до 25 лет. По *Herrmann'u*, 25% заболевают эклампсией на 2-м десятке, 53,9% на 3-м десятке. Материал нашей клиники, обработанный *А. Д. Аловским*, обнимающий 146 случаев эклампсии, указывает, что наибольшее число заболеваний падает на возраст от 20 до 25 лет:

В возрасте	14—15 лет	заболело	2
„	17—19 „	„	21
„	20—25 „	„	74
„	26—30 „	„	33
„	31—35 „	„	11
„	36—39 „	„	2
„	40 „	„	2
„	48 „	„	1

Обратите внимание на то, что наша больная первобеременная. Это также важно. Именно первобеременные особенно предрасположены к эклампсии. Это также подтверждают все статистики. На 1529 эклампсий у *Herrmann'a* имеется 1202 (79,1%) первобеременных и 317 (20,9%) повторнобеременных. На 4 экламптических первобеременных приходится 1 повторнобеременная. По *Hinselmann'u* отношение таково 74 : 26, по *Стольпинскому* — 72 : 28; 80 : 20; 82 : 18. Согласно большим статистикам *Büttner'a* и *Hammerschlag'a*, эклампсия встречается у первобеременных в 8 раз чаще, чем у повторнородящих. Материал *Селицкого* дает на 126 случаев (66,3%) первородящих лишь 64 (33,7%) многородящих. Наш материал (*А. Д. Аловский*) таков:

I роящихся	115 = 78,8%
II „	12 = 8,2%
III „	3 = 2,0%
IV „	3 = 2,0%
V „	1
VI „	1
VII „	2
VIII „	1
XII „	1

Но вернемся к нашей больной.

Она еще спит после наркоза. Обсудим же, что предпринять. Вопрос о терапии эклампсии — вопрос очень большой и по настоящее время еще нерешенный. До сих пор многочисленные авторы дают сведения о своих достижениях в деле лечения эклампсии и до сих пор предлагаются все новые и новые методы лечения, то крайне активные, то крайне консервативные, то стремящиеся найти тот или иной компромисс. К этому вопросу мы еще вернемся неоднократно. Сейчас же спросим себя: как лечить нашу больную, молодую беременную на 9-м месяце женщину без родовой деятельности, имевшую дома 3 припадка, в клинике всего один, — больную находящуюся в вполне удовлетворительном состоянии, с нормальной температурой, хорошим пульсом? Будем ли мы настолько радикальны и активны, что сразу же постановим избавить ее от беременности, что в данном случае возможно только путем опорожнения матки чисто хирургическим путем? Нет, такой активизм мы отвергнем. Мы подождем не-

сколько, понаблюдаем за больной, измерим кровяное давление, исследуем мочу.

Целых 2 часа больная была спокойна; она проснулась после наркоза, жаловалась на головную боль. Общее состояние ее вполне удовлетворительное. Пульс 88, напряженный. Кровяное давление 135—125. Схваток нет. Анализ мочи: цвет мясных помоев, мутная, уд. вес — 1020, гемоглобин обнаружен, белок — 2⁰/₀₀ по Эсбаху. Лейкоциты и эритроциты по одному не в каждом поле зрения. Много гиалиновых и зернистых цилиндров. Ураты в большом количестве.

Есть ли что-либо грозное в данных исследования? Нет, а потому по-
ждем.

В 8 час. 25 мин. — второй припадок эклампсии, короткий, легкий. После него больная скоро пришла в сознание. Мы дали ей люминал 0,15.

В 9 час. 40 мин. — третий припадок, такой же легкий.

Вот уже 3 припадка в клинике, всего 6, и тем не менее больная в хорошем состоянии, реагирует на окружающее, разговаривает, просит пить.

Что делать?

1. Ввиду непрекращающихся припадков — показано вмешательство в виде кесарского сечения.

2. Мы должны быть готовы к кесарскому сечению, но в данный момент оно не показано.

Показано ли кесарское сечение, когда больная в полном сознании, с кровяным давлением не выше 135? Нет, оно не показано. Будем ждать.

За весь день 29/XI больше не было припадков. Больная чувствует себя хорошо. Головная боль умеренная, зрение хорошее, отеки не нарастают, стул был, схваток нет.

Ночь на 30/XI спала хорошо.

30 ноября. Перемен нет. Припадков не было.

1 декабря. Больная в полном сознании, припадков не было. Жалуется на головную боль и несколько ослабленное зрение. Пульс 90. Мочи за сутки 1000 см³. Схваток нет. Со стороны живота перемен нет. Мы назначили ей полный постельный покой, диета — только кисель.

2 декабря. Самочувствие очень хорошее. Головная боль прошла. Зрение чистое. Схваток нет. Пульс мягче, 84 в минуту. Анализ мочи: уд. вес 1026, цвет кирпичный, реакция кислая, белок — 2%, лейкоциты 20 в поле зрения невыщелоченных, эритроцитов 4—8 в поле зрения. Гиалиновые и зернистые цилиндры 4—8 в поле зрения. Много уратов. Назначена та же строгая диета.

4 декабря. Больная заявляет, что она здорова и просится на выписку.

5 декабря, несмотря на предупреждение, выписалась под расписку с сохранившейся беременностью. Дан совет соблюдать бессолевую диету, по возможности ограничить питье и быть под постоянным наблюдением консультации.

Итак, припадки прекратились, родовая деятельность не началась, беременность продолжается.

Что же будет дальше?

1. Это ecl. intercurrens, роды наступят в срок и будут нормальны.

2. Припадки через некоторое время могут возобновиться, даже без того, чтобы роды начались — будет ecl. recurrens.

3. Напрасно ее выписали, она вернется в родах с припадками.

Сознаюсь, все перечисленные комбинации возможны. Будем ждать ее возвращения. Конечно, она подлежала дальнейшему клиническому наблюдению, но ведь насильно больную не удержишь.

Прошло около 2 недель.

21 декабря в 21 час В. И. К. вновь поступила в клинику на этот раз со схватками. На наши вопросы она рассказала, что первые 10 дней после выписки чувствовала себя хорошо и работала дома. 15 декабря с ней были опять припадки, со слов родных она знает, что их было всего пять. Им предшествовала сильная головная боль. Родные решили ее на этот раз не везти в больницу, «авось, мол, обойдется». И действительно, припадки стихли. Больная вернулась к своим домашним занятиям, и лишь сегодня к вечеру начались родовые боли. Больная сама приехала в клинику.

При поступлении — общее состояние вполне хорошее. Жалуется на небольшие головные боли и слегка пониженное зрение. Отеки небольшие. Пульс 70, не напряжен. Схватки слабые, через 20 минут. Дно матки в подреберье, спинка справа, головка неподвижна, большим сегментом во входе, сердечные тоны ясны, справа ниже пупка.

Взята моча: цвет соломенно-желтый, уд. вес 1013. Белок 1%. Лейкоцитов 15—25, эритроцитов 2—5 в поле зрения. Единичные гиалиновые и зернистые цилиндры.

Итак, больная в родах. Мы решили ее даже не исследовать ректально, чтобы оградить ее от раздражения. Можем ли мы быть уверены, что не будет припадков? Конечно, нет. Мы будем начеку! Если припадки возобновятся, тогда мы наряду с лечением наркотическими, примем меры к ускорению родов. А пока будем наблюдать

22 декабря. За ночь схватки были слабые и редкие (через полчаса). Больная временами спала. Жалуется на головную боль. Мочилась самостоятельно. Отечность лица держится. На кожных отеки не увеличиваются.

К вечеру схватки участились, усилились, в 22 часа прошли воды, в 22 часа 50 мин. родился плод, живой, мужского пола, весом в 2300 г. Послед вышел через полчаса. Разрывов нет. Кровотечение умеренное.

Итак, роды прошли без припадков эклампсии. Течение послеродового периода было гладкое. Головные боли держались $1\frac{1}{2}$ суток после родов. Мочи выделялось 800—750—900 и 1300 см³ в сутки. Первые дни мы назначили вегетарианский стол (суп, кисель, каша). Спорынья мы не давали. Инволюция матки шла быстро.

29 декабря родильница выписалась с ребенком.

Неправда ли, интересный случай! Ведь при первом поступлении можно было ожидать тяжелого течения болезни, явилась мысль о необходимости прервать беременность, и единственным способом быстрого опорожнения матки было бы кесарское сечение. Нас удержало удовлетворительное состояние больной, невысокое кровяное давление. Мы вели больную консервативно, ограничившись назначением покоя, диеты и наркотических. И припадки прекратились. Еще оригинально то, что через 2 недели припадки возобновились и опять прекратились без всякого лечения. Наконец, наступили роды и они протекли без припадков эклампсии. Что же это? Несомненно это случай *eclampsia intercurrentis et recurrens*.

Мы вели случай консервативно, а что если бы мы ей произвели кесарское сечение 29 ноября? Вероятно припадки бы тоже прекратились. Больная поправилась бы. Ребенок был бы недоношенный, весил бы, вероятно, не больше 2000 г. Но мы нанесли бы травму матке, что не могло не отразиться на дальнейшем. Известно, как резко понижается после кесарского сечения способность деторождения. Наконец, не забудем, что кесарское сечение само по себе имеет свою смертность. Нет, мы поступили правильно.

Интерес случая. Доставляется 19-летняя первобеременная на 9-м месяце с припадками эклампсии. Дома было 3 припадка, в клинике еще 3. Случай ведется консервативно, припадки прекращаются. Больная выписывается по настоятельному желанию. После 2 недель хорошего состояния, дома припадки возобновляются (всего 5) и опять наступает хорошее состояние. Вторично больная поступает в роды, которые протекают без эклампсии.

Случай 91-й

М. Т. Н., 30 лет (№ приемного журнала 3629), доставлена в клинику скорой помощью 17 декабря 1928 г. в 15 час. 50 мин. в бессознательном состоянии.

От доставившего больную мужа мы узнали, что больная беременна впервые, что беременность ее вплате доношенная, что женскими болезнями не болела, что в начале беременности у нее было „воспаление мочевого пузыря“ и что последние месячные у нее были 7 апреля. Во время беременности пациентка чувствовала себя хорошо и в консультацию не обращалась. За два часа до поступления (в 14 час.) с больной внезапно случились сильные судороги, она потеряла сознание, через $\frac{1}{4}$ часа судорожный припадок повторился. Муж вызвал скорую помощь. По дороге в больницу, в карете было еще два припадка судорог. Сознание не возвращалось. Вот несложный рассказ мужа.

За короткое пребывание больной в приемном покое и при переноске ее через больничный двор в родильное отделение было еще 4 припадка. В приемном покое больной было сделано подкожное впрыскивание морфия.

В родильной (16 час. 30 мин.) 9-й припадок. Дежурный врач дал больной наркоз (СНСI₂) и приступил к исследованию. Больная лежит в коматозном состоянии, временами проявляя двигательное беспокойство. Она крупная, полная, цветущая блондинка, глаза светло-серые, зрачки узкие. Т. — 37,2°. Пульс 88, напряженный. Лицо одутловато-пастозное. Дыхание шумное, изо рта выделяется слизь, окрашенная сукровицей.

Живот увеличен соответственно почти доношенной беременности. Полос беременности мало, пигментация средней линии ничтожна. Покровы нижней части живота отечны. Пупок начинает выпячиваться. Окружность живота 95.

Дно матки под мечевидным отростком, спинка слева, мелкие части не определяются. Головка над входом, несколько подвижна. Размеры таза нормальны. Нижние конечности резко отечны. Ректальное исследование в перчатках: наружные части развиты правильно, несколько отечны. Полость таза пуста, шейка существует, даже не укорочена, наружный зев вмещает лишь кончик пальца. Прелдежащая головка подвижна, над входом.

Размеры таза: dist. spin. — 24 см; dist. crist. — 27 см; dist. troch. — 30 см; conj. ext. — 19 см; conj. lat. — 14,5 см.

С соблюдением асептических предосторожностей выпущена моча в количестве 50 см³, гемно-желтая, мутная, послана на исследование. Наркоз прекращен.

Каков диагноз?

1. Типичная эклампсия. Больная не в родах. Припадки частые. Случай тяжелый.

2. Может быть у больной и не эклампсия. Исследование далеко не полное.

Первая мысль при взгляде на больную — эклампсия! За эклампсию говорят и общий вид больной, и бессознательное состояние, и отеки, и характер судорожных припадков. И все-таки вполне убежденными мы быть не можем. Ведь бывают ошибки и даже не очень редко. Разберемся же в диагностике. Наиболее яркий симптом эклампсии — судорожный припадок. Я подчеркиваю слово „симптом“! Теперь мы знаем, что сущность эклампсии не в припадке, что припадок есть лишь одно из многочисленных проявлений болезни, а сущность заболевания гораздо глубже: она в тех известных и еще неизвестных изменениях физико-химического состава клеток и соков организма, которые начинаются задолго до судорог, иногда за несколько месяцев до начала болезни, — изменениях, ведущих сперва к водяночному пропитыванию подкожной клетчатки — к гидрoпсу, затем к функциональному поражению почек — нефропатии, в дальнейшем дающих картину преэклампсии (эклампсизма), столь тяжелую и характерную. Если же к этой клинической картине присоединяются припадки судорог, то преэклампсия сразу превращается в эклампсию. Интересно, что в то время как переходы одного звена знакомой уже нам цепи гестозов в другое происходят постепенно, без резких границ, тут при переходе предпоследнего звена (преэклампсии) в последнее (эклампсию) переход резкий, моментальный. Он знаменуется разразившимся первым припадком эклампсии. В огромном большинстве случаев до начала эклампсии существуют те или иные проявления гестоза, лишь в исключительных случаях эклампсия разражается без всяких продромальных явлений. Из 116 случаев *Essen-Möller'a* лишь в трех не было продромальных явлений.

У нашей больной, казалось бы, тоже не было предвещающих явлений, но это, несомненно, не так. Она на себя не обращала внимания, за врачебным советом не обращалась. Можно с уверенностью сказать, что отеки, с которыми она поступила, не появились в день заболевания, а были и раньше, может быть уже за несколько месяцев. Весьма возможно, что у нее в последние месяцы беременности, кроме отеков, были и альбуминурия и повышенное кровяное давление. Мы этого не знаем. Мы даже не можем спросить ее, были ли накануне головные боли, боли под ложечкой, расстройства зрения; она нам не ответит, она без сознания.

Но обратите внимание на ее общий вид: это — прекрасного телосложения хорошо упитанная женщина — пикничка. Клинике давно известно, что эклампсия поражает если не исключительно, то преимущественно здоровых, крепкостроенных и хорошо упитанных. По *Hermann'u*, в 73,1% отмечалось даже значительное ожирение. Все авторы подчеркивают „цветущий вид“ больных. Слабенькая женщина не рискует заболеть эклампсией. *Piskačck* обратил внимание на то, что эклампсия чаще бывает у блондинок. С своей стороны могу сказать, что в подавляющем большинстве экламптика блондинка, то светлая, то темная, с голубыми или серыми глазами. Экламптичек — шатенок с карими глазами я видел за всю свою жизнь лишь несколько, темную брюнетку я видел всего один раз (цыганка). Достояна внимания слабая пигментация кожи экламптичек, обычное при беременности потемнение средней линии живота, грудных сосков и проч. слабо выражено (своеобразный анти-Азиссон). *Бубличенко* указывает на некоторые морфологические особенности экламптичек — невысокий рост, и более высокий вес тела, чем у здоровых, большие размеры таза. *Хаскин* наоборот, отмечает частоту узкого таза у экламптичек. *Селицкий* определяет частоту узкого таза при эклампсии в 31,4%, *Примо* 10,8%, *Рабинович* 13%, *Хажинский* 25,0%, *Braitenberg* — 32,6%, *Staude* даже 60%, наоборот *Büttner* 2,7%, *Лиховецкер* 0%. *Aschner* видит

эклампсию часто у женщин, страдавших гипоменореей, а эти последние склонны к тучности и полнокровию. *Herrmann* нашел у 80,5% своих больных явления лимфатизма. По его мнению существует как бы антагонизм между эклампсией и туберкулезом. Так на 252 случая (*Bartel*) не было обнаружено хронического открытого туберкулеза, за исключением одного случая милиарного туберкулеза.

Обратите внимание также на то, что наша больная — первобеременная. На предпочтительное заболевание эклампсией первобеременных я уже указал в предыдущей беседе; здесь я только добавлю, что эклампсией беременных (*e. sub graviditate*) заболевают чаще всего пожилые первобеременные (и повторобеременные), в то время как эклампсия в родах (*e. sub partu*) поражает чаще всего первородящих как молодых, так и пожилых. Есть наблюдения, что начиная с 30 лет опасность эклампсии у первородящих с возрастом увеличивается (*Laimi Leidenius*). Нашей больной 30 лет и она не в родах.

Итак, *habitus* больной, возраст первобеременной, отеки, все это говорит за эклампсию. Разве может быть что-либо другое? И все же оказывается, что есть целый ряд заболеваний, которые могут ввести врача в заблуждение и заставить его поставить ошибочный диагноз эклампсии. Среди этих заболеваний на первом месте стоит падучая болезнь — эпилепсия. Уже старые врачи-акушеры указывали на возможность ошибки в диагнозе. Известны единичные случаи эпилепсии, где первые припадки появлялись во время беременности; *Albeck* видел 5 больных падучей, у которых даже были налицо некоторые симптомы, свойственные эклампсии (головные боли, отеки, белок в моче). Хотя, с одной стороны, у эпилептичек припадки именно во время беременности нередко прекращаются, все же, с другой стороны есть наблюдения учащенных припадков во время родов. При распознавании следует обращать внимание на следующие моменты: при эпилепсии припадки обычно бывали и раньше, до беременности (анамнез); альбуминурии нет или если появляется белок, то не до, а после припадка. Предвестники у эпилепсии другого рода, чем при эклампсии. Эпилепсия начинается острее, резче, (*Bar*). Эпилептическая аура отсутствует при эклампсии так же, как и эпилептический крик перед припадком. Повышение кровяного давления, столь характерное для эклампсии, отсутствует при падучей (*De Snoo*). По мнению *Czyzewicz'a*, обще для эклампсии только бессознательное состояние и припадки, все остальное разное — „ошибок в диагнозе не должно быть“.

Труднее дифференциальная диагностика между эклампсией и уремией, тем более что генез судорог в том и другом случаях тот же (отек мозга), и течение болезни может быть одинаково. Тут можно будет установить, развилась ли эта „псевдоэклампсия“ на почве случайно разразившегося во время беременности острого гломеруло-нефрита или на почве хронического нефрита. Подробный анамнез поможет разобраться. Диагностически важны изменения глазного дна (*retinitis albuminurica*), нередко встречающиеся при нефрите.

Повод к диагностической ошибке давали и припадки истерии. При истерии, в противоположность эклампсии, сознание между припадками сохранено, комы нет, общее состояние хорошее, нет альбуминурии, припадки неправильного характера, кроме того, важно, что истеричка не нанесет себе во время припадка никаких повреждений, не прикусит языка.

Я помню случай, когда меня позвали к больной, имевшей якобы уже 72 припадка эклампсии. Я ожидал увидеть тягчайшую больную в коматозном состоянии. Каково же было мое удивление, когда я увидел больную, сидевшую и оживленно беседовавшую с акушеркой. Это — непосредственно после 72-го припадка „эклампсии“! нечего и говорить, что мне не трудно было и объективно поставить диагноз истерии.

Далее некоторые отравления могут дать припадки, похожие на экламптические: острое отравление свинцом (профессия больной, характерное изменение десен), острое отравление алкоголем.

Труднее разобраться при некоторых мозговых заболеваниях, как менингит, опухоли мозга, тромбозы синусов, апоплексия. Практически важна последняя, тем более, что и при эклампсии может случиться апоплексия. Еще недавно *Kuhn* (*Marburg* — 1929) сообщил случай припадков на 12-й день после родов

вследствие гнойного менингита из эмпиемы лобных и решетчатых пазух. *Heunemann* (Гамбург—1930) приводит случай спонтанного, диффузного субарахноидального кровотечения, повидимому, при существующей одновременно эклампсии. Главный симптом подобного кровоизлияния—ригидность затылка.

Наконец, *Scanzoni* указывает на сходство экламптических судорог с такими при тяжелых кровопотерях. Вряд ли в таких случаях распознавание встретит затруднения.

Если мы теперь вернемся к нашей больной, то нам не трудно будет поставить диагноз. Больная за всю свою жизнь ничем, кроме „воспаления мочевого пузыря“ не болела, в конце беременности внезапно заболевает часто повторяющимися судорожными припадками с потерей сознания. Объективно мы находим пикническую конституцию, мы видим цветущую блондинку с резкими отеками, мы видим окрашенную кровью слюну, очевидно от прикусов языка, напряженный пульс. Все это характерно для эклампсии! Вместе с тем вы правы: исследование не полно—пока нет анализа мочи и измерения кровяного давления. Последнее мы измерили: 160—120 по *Riva-Rozzi*. Анализ будет завтра.

Что же делать?

1. Надо сделать кровопускание и вести больную консервативно по *Строганову*.

2. Этого мало. Ввиду коматозного состояния показана люмбальная пункция.

3. Необходимо возбудить роды метрейризом.

4. Положение слишком быстро для подобного образа действий. Надо опорожнить матку путем классического кесарского сечения.

5. Опорожнить матку надо; более бережным будет влагалищное кесарское сечение.

В то время как мы беседовали о терапии случая, с больной случился припадок (10-й)—16 час. 40 мин.

Что же мы увидели? Больная, лежавшая в коматозном состоянии на боку, вдруг стала как-то неподвижна, все тело вытянулось, напряглось, лицо побледнело. Взгляд больной стал странно неподвижным, глаза фиксировались в одном направлении, лишь слегка отклоняясь кверху или в сторону. Через секунду глаза при частом подергивании век закатились, так что зрачки ушли под верхнее веко и стал виден белок. Углы рта отянулись книзу, появились быстрые фибриллярные подергивания мимических мышц лица, в том числе и век, эти подергивания быстро распространились сверху вниз, с лица на туловище, на конечности. Шея напряглась, яремные вены наполнились кровью. Дыхание прекратилось. Лицо стало синеть до темно-багрово-синего цвета. Зрачки расширены, из слезных мешков скатываются слезы. Зубы стиснуты. Кисти рук сжались в кулак, причем большие пальцы судорожно ушли в ладонь. Эта как бы всеобщая мертвая судорога длилась секунд 20—25, после чего она разрешилась целой бурей быстро следовавших друг за другом клонических, бросающих, дергающих движений во всех мышцах тела—лица, туловища и конечностей. Еще несколько десятков секунд, и подергивания становятся реже, наступают как бы нехотя, после чего следует стонущий, прерывистый, храпящий вздох и вместе с шумным стерторозным выдохом между губами появляется белая пена, скрашенная кровью. Пациентка ничего не слышит, не видит, не чувствует. Подергивания становятся все реже и слабее. Перед нами лежит женщина без сознания, еще синюшная, с медленным глубоким шумным дыханием (*Biot'овское* дыхание), с кровавой пеной у рта, с резко учащенным пульсом. Она лежит неподвижно, лишь изредка наблюдается то тут, то там порывистое подергивание.

Припадок кончился, типичный припадок эклампсии; продолжительность его была 1½ минуты. За это время явления чередовались чрезвычайно типически. *Essen-Möller* различает в припадке 4 периода. Считаю более правильным разделить припадок на 3 момента, следуя в общем тому же *Essen-Möller'у*.

1-й момент: вводный период. Мелкие фибриллярные подергивания, особенно мышц век и лица, распространяющиеся на верхние конечности. Продолжительность до полминуты.

2-й момент: период тонический. Тонические сокращения всей скелетной мускулатуры — период мертвой судороги — самый короткий и вместе с тем самый опасный период, характеризующийся полной остановкой дыхания и быстро нарастающим цианозом. Продолжительность 10—20 секунд.

3-й момент: период клонический. Буря клонических судорог, дергающих движений, следующих друг за другом, распространяющихся сверху вниз по телу; продолжительность до минуты. Этот период заканчивается постепенно, судороги становятся все реже и реже, пока глубокий, шумный вдох не сигнализирует конца припадка.

Таким образом я полагаю, что продолжительность всего припадка, считая с момента первых фибриллярных подергиваний до первого вдоха, равняется $1\frac{1}{2}$ —2 мин., редко больше. И как-то странно слышать о припадках, длящихся по несколько минут (по *Tarnier* даже до 20 мин.).

После припадка следует, как вы видели, коматозное состояние, coma еclampticum. Больная лежит без сознания, громко, стерторозно дыша. Это состояние может скоро пройти. Больная приходит в сознание, ничего не помня о случившемся, жалуясь на головную боль и на плохое самочувствие. Или же, как в нашем случае, коматозное состояние не прерывается пробуждением и переходит, спустя некоторое неопределенное время, в следующий припадок.

Сколько же бывает припадков при эклампсии? Нередко дело ограничивается 1—2 припадками. Это бывает большей частью в легких случаях заболевания, хотя известны случаи смерти больной во время или после первого припадка. В общем и целом можно сказать, что чем больше припадков, тем тяжелее случай, хотя бывают многочисленные исключения из этого правила. Наибольшее число припадков, какое я видел, было 68 (тяжелый случай двоен у медицинской сестры В. Л.); больная поправилась. В отчетах В. А. *Стольпинского* упомянут случай с 81 припадком у первородящей с осложнением послеродовой манией. В послеродовом периоде наибольшее число припадков было 83 тоже у первородящих, через 43 часа после родов с летальным исходом. *Jardine* видел случай, окончившийся выздоровлением, с 207 припадками.

Наш материал по количеству припадков распределяется так: (А. Д. *Аловский*):

Количество припадков	Число случаев	Из них умерло
1—5	51	1—2%
5—10	35	1—2,9%
10—15	22	2—9%
15—20	11	2—18%
20—25	10	4—40%
25—30	6	2—33,5%
30—35	—	—
35—40	3	1—33,3%
40	2	—
не указано	4	1

Во время припадков нередко начинаются родовые схватки, если их еще не было, или же они усиливаются, если больная в родах. Наша больная не в родах. Припадки следуют один за другим. Кома глубокая.

Что же делать? Вы высказали 5 разных предложений. При эклампсии беременных мы обычно придерживаемся выжидательной терапии. При удовлетворительном состоянии больной, полном сознании ее, при достаточном диурезе — мы принципиально проводим консервативное лечение как при жизнеспособном так и при нежизнеспособном плоде, кладя в основу лечения строгую индивидуализацию и лечение по *Строганову*, наркотическими, при повышенном кровяном давлении делаем кровопускание; при мозговых явлениях — люмбальную пункцию. В тяжелых случаях, т. е. в случае частых, сильных припадков, при глубокой коме, или же при полной анурии, при очень высоком кровяном давлении и пр. мы отказываемся от консерватизма и опоражниваем матку путем кесарского сечения.

В момент поступления нашей больной был впрыснут морфий, в родильной ей дан наркоз — казалось бы мы должны продолжить консервативное лечение, приведя его в систему. Так мы и предполагали поступить и, не будь припадки так жестоки и так часты, мы к лечению наркотическими прибавили бы кровопускание (высокое кровяное давление!), и путем люмбальной пункции выпустили бы около 30 см³ спинномозговой жидкости. Но вот за короткое пребывание в клинике припадки стали чрезвычайно часты. Сообразите: припадки начались в 14 час.; до поступления в родильную (16 час. 30 мин.) было 8 припадков; тут, уже в родильной, за каких-либо 15 минут было еще 2 припадка — всего 10 за 2 часа 40 мин. Далее: общее состояние очень тяжелое, больная в глубокой коме, с момента первого припадка сознание не прояснилось ни разу, пульс напряжен, давление 160, мочи добыто катетером очень мало. Будете ли вы настаивать на выжидательном образе действий? Нет, конечно, нет! Вы будете стремиться вывести больную из такого ужасного состояния, и поневоле ваша мысль направляется в сторону ликвидации беременности. Больная еще не в родах, значит мы должны будем не закончить роды, а ликвидировать беременность.

В этих соображениях вы предлагаете возбудить роды путем введения в матку метрейринтера. Можно ли подобный образ действий одобрить? Думается, что нет. Не говоря о том, что метрейриз — вмешательство само по себе далеко не безразличное в смысле восходящей инфекции, надо учесть следующее: 1) мы не знаем, когда начнутся схватки и, хотя при эклампсии матка очень возбудима, все же может пройти неопределенное время до рождения баллона, 2) метрейриз сам по себе может оказаться раздражителем и может способствовать учащению припадков.

Нет, мы решительно откажемся от метрейриза! Остается еще более активный образ действий, остается опорожнить матку чисто хирургическим путем — и вот вы предлагаете кесарское сечение — влагалищное и брюшностеночное.

Я помню время, когда в Обуховской больнице методом выбора в терапии эклампсии было влагалищное кесарское сечение. Результаты были далеко не блестящи. В настоящее время я считаю, что в тех сравнительно немногочисленных случаях эклампсии, в которых приходится опорожнять матку путем сечения, следует давать предпочтение брюшностеночному кесарскому, как операции более асептической, более хирургической, быстрой и менее травмирующей, чем влагалищное сечение.

И раз мы пришли к выводу, что в силу тяжести заболевания не остается другого выхода, как абдоминальное кесарское, мы должны решить вопрос о методе операции: классическое или шеечное? Тут следует только вспомнить все весьма веские преимущества шеечного способа, признанные почти всеми авторами, чтобы решиться на *sectio caesarea transperitonealis cervicalis sive retrovesicalis*.

В другом месте я уже изложил свою точку зрения на этот вопрос. Я принципиально предпочитаю делать шеечное сечение, потому что оно не травмирует активного отдела матки, потому что оно допускает идеальную перитонизацию, почти не ведет к сращениям и гораздо реже дает при следующих родах разрыв маточной стенки, чем классический метод. Даже в случаях, где нижний сегмент матки не развернут, т. е. даже до начала родовой деятельности, я все же делаю шеечное сечение; единственное исключение — предлежание последа; тут место методу корпоральному.

Итак, мы решились на брюшностеночное кесарское сечение.

В 17 час. — чревосечение. Под наркозом СНС₂ (продольный послойный разрез от пупка до лобка. Вскрыта брюшная полость. В брюшную полость введены 2 отграничивающих полотенца. Маточная брюшина рассечена дугообразным разрезом по *plica vesico uterina*. Пузырь с покрывающей его брюшной тупо отсепарован книзу и подведен под брюшное зеркало. Мускулатура нижнего сегмента и шейки матки рассечена продольно, притом весьма осторожно, чтобы не поранить плотного мешка и находящейся в нем предлежащей части. Выпятившиеся в разрез плодные оболочки прорваны рукой. Введенной в матку рукой головка плода выведена через разрез наружу. Извлечен плод, сразу же закричавший. Послед удален путем выжимания и влечением за пуповину. Кровотечение умеренное. Полость матки вытерта спиртом. В мышцу матки впрыснуто

2 см³ стерильного эрготина. На разрезе маточной мускулатуры наложены катгутовые швы на два этажа (один узловый, второй непрерывный). Зашитая рана матки перитонизирована пузырьком с помощью непрерывного серо-серозного шва. Матка хорошо сократилась, полотенца удалены, полость таза осушена, влито 50 см³ раствора rivanol'я. Брюшная стенка зашита обычным способом. Коллоидная повязка. Продолжительность операции 35 минут. Плод мужского пола, живой, вес его 3000 г.

Большая операция перенесла хорошо. Пульс 88, менее напряжен. Кровотечение в пределах нормы. На живот положена тяжесть, больная оставлена под строгим наблюдением.

В 21 час 20 мин. Припадок 11-й.

Этот припадок был последним. Ночь больная провела спокойно, на утро 18 декабря общее состояние несколько лучше. Полубессознательное состояние. Т.—38,0°. Пульс 80. Не мочилась. Катетером выпущено 200 см³ мочи. Из лаборатории пришел анализ: цвет коричневый, мутная, уд. вес 1020, белка 1,5‰. Лейкоцитов 10 — 25 в поле зрения. Эритроцитов до 20 в поле зрения. Клетки почечного эпителия в умеренном количестве. Гиалиновые цилиндры 1 — 5 в поле зрения, зернистые цилиндры 1 — 3 в поле зрения, восковидные 10 в препарате.

19 декабря. Больная пришла в сознание, ориентируется в окружающем. Жалуется на боли в животе, беспокойна. Мочится сама. Суточное количество мочи 550 см³. Отеки спали. Живот не вздут, чувствителен.

В дальнейшем выздоровление шло быстрым темпом. Температура еще раз дала повышение до 38°. Мочи в сутки выделялось 800—1300—1800—2000—2500 см³. 21 декабря в моче были лишь следы белка и несколько гиалиновых цилиндров. 22 декабря белка уже не было, цилиндров также.

24 декабря — сняты швы prima, 5 января больная выписалась в хорошем состоянии с ребенком.

При выписке — взгляните на родильницу и вспомните выражение ее лица, каким оно было во время припадков, во время комы! Это как будто совсем другая женщина. Для иллюстрации подобной разительной перемены прилагаю рисунки, заимствованные у *Stöckel'я* (рис. 247 и 248).

Итак, мать и ребенок здоровы. Я глубоко убежден, что в данном тяжелом случае эклампсии во время беременности лишь такой активный образ действий мог дать благие результаты. Если мы теперь взглянем на наш материал, то увидим, что на 146 случаев эклампсии

было: 50 случаев ecl. sub graviditate
 „ 64 „ ecl. sub partu
 „ 32 „ ecl. post partum.

50 случаев ecl. ante partum разрешились (данные А. Д. Аловского).

	мать	+ донош. реб.	+ мацерир. и меньше 2000 г.
Самостоятельно	17	2	2
Путем родоускор. операций . . .	13	3	—
Кесарское сечение { абдоминалн.	13	2	—
{ влагалищн.	4	—	—
Остались не разрешившимися . .	3	—	—

Из этой таблицы видно, что на 50 случаев 13 пришлось делать абдоминальное кесарское сечение, а консервативно или с помощью той или иной родоускоряющей операции проведены 30 случаев.

Интерес случая. Доставляется 30-летняя женщина, беременная около 9 месяцев. Женщина в бессознательном состоянии с частыми, тяжелыми при-



Рис. 247. Эклампсия. Состояние комы после припадков. В моче много белка.



Рис. 248. Та же больная. 8 дней после родов. Следы белка.

падками эклампсии. Большая не в родах. Тяжесть случая заставляет отказаться от консервативного лечения. Делается шеечное кесарское сечение. До операции 10 припадков, после операции всего один. Быстрое выздоровление. Ребенок жив.

Случай 92-й

Е. Д. С. 21 года (№ приемного журнала 10089), поступила в клинику 5 мая 1929 г. в 11 час. 25 м в родах.

Из анамнеза мы узнаем, что пациентка половой жизнью живет всего год. Беременность первая. Ни времени последних месячных, ни первого движения плода указать не может. Во время беременности считала себя здоровой. Сегодня ночью в 3 часа начались родовые боли. К утру схватки усилились

При поступлении (11 час. 30 мин.): роженица хорошего питания и правильного сложения. Темная блондинка, глаза карие. Т.—36,2°. Пульс 80. Живот увеличен соответственно доношенной беременности. На коже скудные полосы беременности. Пупок выпячен. Окружность живота 89 см. Дно матки на 2 пальца ниже меча. В дне ягодицы. Спинка плода слева. Мелкие части не определяются. Предлежит головка неподвижно во входе в таз. Несоответствия между тазом и головкой нет (признак Henke) — Вастена отрицателен). Сердечные тоны плода ясны, слева ниже пупка.

Размеры таза: dist. spin.—21,5 см; dist. crist.—24 см; dist. troch.—29 conj. ext.—17 см, conj. lat.—14 см.

Схватки слабые и редкие.

Каковы акушерский диагноз и прогноз?

1. Срочные роды у первородящей. Положение плода правильное. Прогноз хороший.

2. Имеется общесуженный таз. В периоде изгнания могут встретиться осложнения.

Положение плода продольное, головка вставилась в тазовой вход. Плод жив. Повидимому, идет период раскрытия. Все хорошо, кроме размеров таза. Они характерны для общеравномерносуженного таза. Но можно ли на основании одних наружных размеров ставить прогноз родов? Конечно, нет. В частности, в нашем случае, имеем ли мы основания для тревоги? Головка вставилась во вход, нет никакого нависания передней окружности головки над лоном. Плод, повидимому, небольшой. Окружность живота всего 89 см. Боковая конъюгата—14 см. Мы склонны ставить благоприятное предсказание, если только родовые боли будут на высоте и если не произойдет чего-либо неожиданного. Впрочем, исследование неполное.

В 15 час. дежурным врачом произведено ректальное исследование. Наружные части развиты правильно. Из влагалища, повидимому, истекают в небольшом количестве околоплодные воды. Полость таза свободна. Предлежит головка, неподвижно, большим сегментом во входе в таз. Шейка глажена, зев вмещает кончик пальца. Во время схватки пузырь не определяется. Мыс достигается с некоторым трудом.

Данные ректального исследования вполне утешительны. Будем наблюдать.

Весь день (5 мая) прошел спокойно, схватки к вечеру лишь несколько участились (через 10 минут). В остальном без перемен. Ночь на 6 мая роженица спала мало, мешали схватки. Мочилась (мочи 200 см³, сохранена для анализа). Утром 6 мая в 8 час. 25 мин.: роженица несколько устала, жалуется на головную боль. Пульс 80, несколько напряжен. Воды понемногу отходят. Схватки через 5 минут, сильные. Сердечные тоны плода там же, 140 в минуту. Головка большой периферией прошла вход. Per gestum: открытие зева—3 пальца, края его тонкие. Головка в широкой части полости. Небольшая родовая опухоль. Малый родничек слева и спереди.

Есть ли показания к вмешательству? Нет, роды идут физиологически.

В 11 час. 32 мин. неожиданно с роженицей острая переменна: начались подергивания в лице, глаза закатились, сразу изменилось лицо, стало синеть, все тело вытянулось, напряглось, через несколько секунд разразились сильные клонические судороги всего тела. Типический припадок эклампсии! Спустя несколько минут больная пришла в себя.

Опять эклампсия. Кстати о частоте: не подлежит сомнению, что частота эклампсии колеблется в известных пределах. По данным *Селицкого* частота колебалась от 0,5 до 1% (в среднем 0,7%). Материал венских клиник (*Herrmann*) дает на 223 689 родов 1519 эклампсий, т. е. 0,68%; мы видим у *Czyzewitz'a* 0,33%, у *Knapp'a* 0,49%, у *Hinselmann'a*—0,12%, *Neuermann'a*—1,451%, у *Glockner'a* даже 2,01%, у *Мусатова* 0,5%, у *Лиховещера* 0,52%, у *Каллиникова*—

0,68%. Средние выведенные цифры на число родов различны: *Goldberg* 1:133 *Kosinsky* 1:179 *Green* 1:500; *Büttner* 1:625; *Harig* 1:3561; *Westphal* 1:120; *Vinag* 1:250; во Франции частота эклампсий колеблется от 1:137 до 1:233. *В. А. Столыпинский* на огромном материале родовспомогательного заведения (роддом им. Снегирева) установил частоту эклампсий в 1,1—1,2% общего числа родов.

Наш материал за 8 лет (*А. Д. Аловский*) обнимает 146 случаев эклампсии на 15414 родов (0,95%).

Интересно, что в деревнях эклампсия встречается реже, чем в городах: напр. у *Hammerschlag*'а для деревни 1:1800, для города 1:286. Напротив, американец *Shears* полагает, что эклампсия в крупных городах — редкость.

О влиянии социальной среды и профессии на частоту эклампсии литература не дает никаких указаний. Удивительно, что многочисленные отчеты и статистики обходят этот вопрос вовсе. Наши данные следующие:

Работниц было	53	смертность в % —	11,3
Жен рабочих	115	% —	9,6
Служащих и жен служащих	31	% —	9,7

Цифры слишком малы, чтобы делать выводы. Все же из них видно, что заболеваемость эклампсией женщин, работающих на производстве, не выше общей заболеваемости ею; домашние хозяйки повидимому часто заболевают эклампсией. Процент смертности не дает колебаний в зависимости от социальной группы.

Небезынтересно, что некоторые авторы приписывали известное значение времени года, погоде. Данные литературы очень противоречивы. Большая статистика *Schreiter*'а дает наибольшее число эклампсий в августе и июле, наименьшее — в ноябре и феврале у *Herrman*'а наибольшее число эклампсий падает на июль, август и сентябрь, на втором месте стоит март и май. Наш материал (146 случаев) не дает указаний на влияние времени года на частоту эклампсии. Случаи распределяются по месяцам более или менее равномерно.

Конечно, возможно, что влияние погоды вследствие действия ее на кожу (кожное дыхание, потение) имеет некоторое значение в генезе эклампсии. Этого мнения особенно придерживается *Zangemeister*, обращающая внимание на влияние влажности воздуха на функцию потовых желез. *Leidenius* (Финляндия) тоже полагает, что время года имеет влияние на частоту заболевания эклампсией: в периоды учащения простудных заболеваний учащается и эклампсия.

Очень интересно, что большинство авторов (особенно английских и немецких) повествуют о значительном уменьшении эклампсии во время войны. Это замечательное явление они объясняют изменившимися во время войны условиями питания (отсутствие белков и жиров). Правда, данные *Л. И. Бубличенко* для Ленинграда и *Herrmann*'а для Вены, напротив, как будто указывают учащение эклампсии в годы войны.

Как бы то ни было, каждый врач, работающий на большом материале, знает, что эклампсия наблюдается в учреждениях полосой; после неопределенного затишья появляются несколько случаев эклампсии подряд. Причина этого явления нам неизвестна так же, как неизвестно, почему в некоторых местностях или городах преобладают более тяжелые случаи, в других — более легкие.

К каким случаям причислить наш случай, к тяжелым или легким?

1. Случай, повидимому, легкий, если в периоде изгнания случается припадок, и то не сильный.

2. После первого припадка невозможно ставить прогноз. Он выясняется путем наблюдения.

Трудно говорить о предсказании вначале заболевания эклампсией. Присутствуя при первом припадке, видя его легким или средней тяжести, разве мы можем предсказать характер следующих припадков, количество их, частоту их? Случай, казавшийся вначале легким, может стать тяжелым. Помимо этого, известно, что для смертельного исхода вовсе не нужно большого количества припадков (40—50—60 припадков). Известны случаи смерти во время даже пер-

вого припадка причем причиною смерти могут быть кровоизлияние в мозг, паралич сердца, асфиксия. *Vovin* приводит случай с одним припадком в момент прорезывания головки, и все же больная вскоре погибла от кровоизлияния в мозг. Недавно у нас в клинике больная (М. В. Б. № 440) умерла после первого припадка. На вскрытии—апоплексия мозга. Больной было всего 21 год. Прогноз случая зависит от многих причин. Начать с того, что припадки эклампсии могут начаться до родов (во время беременности), во время родов, в послеродовом периоде.

Опыт учит, что для предсказания далеко не безразлично, когда разразилась болезнь. Если судить по смертности, то получается, весьма своеобразная картина. По *Zangemeister*'у средняя смертность при эклампсии беременных — 25%, причем для интеркуррентных эклампсий смертность всего 4%, для случаев же, в которых наступают роды, около 35%. Особенно опасны случаи ранней эклампсии. Эклампсия в родах дает среднюю смертность в 14%, причем эта смертность, если припадки начинаются

в начале родов	28%,
в конце периода раскрытия	5%,
в периоде изгнания	0%,

Если припадки после родов прекращаются, предсказание сразу улучшается. Чем раньше они начались в родах, тем больше вероятия, что они продолжатся и после родов. Послеродовая эклампсия дает в среднем 12% смертности, причем, если припадки начинаются не позднее 5 час. после родов 19%, после 14 час. после родов 0%.

По *Thaler*'у же наоборот: если припадки начинаются — в течение первых 5 час. 4,7%, более поздние 17,5%.

Таким образом, наиболее благоприятны, по *Zangemeister*'у, случаи эклампсии в конце беременности, если роды не наступают; далее случаи, когда припадки начинаются в периоде изгнания, случаи поздней эклампсии. Особенно неблагоприятны случаи ранней эклампсии, случаи в конце беременности с переходом в роды, эклампсии в начале родов и в первые часы пуэрперия. Резюмируя изложенное, *Zangemeister* говорит: „Предсказание тем хуже, чем раньше во время беременности, во время родов или в послеродовом периоде разражаются припадки“.

С этой точки зрения наш случай должен быть отнесен к случаям благоприятным: припадок случился в конце периода раскрытия или даже в периоде изгнания. Роды скоро закончатся, есть основание полагать, что припадки не будут продолжаться после родов. Но можем ли мы быть так уверены в этом? На каких данных мы можем еще обосновать наш прогноз?

В каждом отдельном случае эклампсии мы должны, помимо общих соображений, основанных на проценте смертности при разных формах эклампсии, учитывать особенности случая. Некоторое значение имеет возраст больной. У пожилых чаще встречаются кровоизлияния в мозг (по *Herrmann*'у в 17,2%). Особенно опасна эклампсия у пожилых первобеременных, когда припадки начинаются до начала родов. Мы должны учесть и число припадков. Если мы в настоящее время и не придаем решающего значения количеству припадков, все же должно признать, что с числом их растет и опасность для больной. Мы уже указывали, что на нашем материале смертность матерей с 1—5 припадками—2%, с 15—20 припадками—18%, с 20—25 припадками—40% (у *Zangemeister*'а до 5 припадков—13%, до 10 припадков—20%, больше 20 припадков—32%). Ведь не подлежит сомнению, что тяжесть процесса имеет свое выражение в количестве и тяжести припадков.

Важно, прекращаются ли припадки после родов или нет. Плохо, если и после родоразрешения припадки продолжают частить. По *Herrmann*'у, из женщин, давших после родов более 25 припадков, погибли 53%, давшие более 50 припадков умерли все. Далее весьма важна частота их. Далекое не безразлично, распределяются ли, напр., 10 припадков на целые сутки или они будут следовать друг за другом в течение 2—3 часов. Это ясно. Короткие паузы между припадками знаменуют зловещее течение болезни. Огромное значение имеет

также состояние больной между припадками. Полное сознание в паузах имеет благоприятное значение, глубокая кома, особенно кома, наступившая после первого же или первых припадков, знаменует тяжелое течение болезни. Наблюдайте за больными: если вы увидите, что коматозное состояние проходит, сознание возвращается, возвращается способность глотать—ставьте благоприятное предсказание. Если же глубокая кома продолжается часами, сутками, предсказание плохое, даже если припадки прекратились. Это важно. По сборной английской статистике, смертность при отсутствии комы—5,7%, из коматозных погибает 20%, из глубококоматозных—54%.

Прекращение припадков—событие радостное, если оно сопровождается улучшением общего состояния и других симптомов, в противном случае оно может быть зловещим, указывая на центральный паралич. Если больные в промежутках беспокоятся, то это указывает на прогрессирующий процесс. Сюда относятся всякого рода проявления моторного беспокойства, за исключением своеобразного движения руками по лицу (носу и переносью), которое, по моим наблюдениям, вовсе не имеет дурного значения. Высокая температура омрачает прогноз: субфебрильная, медленно повышающаяся температура особого значения не имеет; быстрое повышение до 39,5 и выше и стойкость ее—признак плохой. Пульс медленный и полный, характерен для эклампсии, переход его в частый и мягкий очень зловещий симптом; особенно дурное значение имеет учащение пульса при нормальной температуре. Кровяное давление—типично для эклампсии, как редкий и полный пульс. Повышение его указывает на усиление процесса (по *Zangemeister*'у—нарастание мозгового давления), быстрое понижение кровяного давления указывает на бульбарный паралич. Сухость кожи—признак неблагоприятный, появление пота следует приветствовать. Желтуха при эклампсии всегда указывает на тяжесть интоксикации.

Не лишено значения и дыхание: ровное, спокойное дыхание—симптом добрый, kloкочущее дыхание указывает на опасное осложнение эклампсии—отек легких. Абсолютно плохое предсказание дает дыхание типа Cheyne-Stokes'a. Следите за глазами больной: некоординированные движения глазных яблок, быстрая смена ширины зрачков указывают на раздражение мозговой коры (*Zangemeister*). Расширение зрачков предвещает припадок.

Чрезвычайное прогностическое значение имеет диурез. Чем меньше выделяется мочи, тем хуже прогноз. Постепенное уменьшение выделяемой мочи до полной анурии—тревожный симптом, хотя даже анурия не абсолютно плохой признак, если только она непродолжительна. Продолжительная полная анурия—абсолютно зловеща. С другой стороны появление мочи после периода анурии, неуклонное увеличение выделяемой мочи—явление благоприятное. Наблюдайте за вашими больными, перенесшими в родах эклампсию и выздоравливающими в послеродовом периоде—вы увидите суточное количество мочи в 300 см³, потом 500—1000—1500—2000 и больше. Я видел у себя в клинике родильницу—экламптичку, давшую на второй день после родов 4500 см³ мочи! Параллельно с этим идет снижение содержания белка. Нарастание альбуминурии, наоборот, указывает на прогрессирующий процесс. Абсолютное количество белка имеет меньше значения. Конечно, содержание белка в 20—30%₀₀ зловеще. Содержание в моче метгемоглобина дает плохое предсказание.

Таким образом, как ни загадочна, как ни „капризна“ болезнь, все же в конкретном случае клинический опыт позволяет до некоторой степени ставить прогноз. Кратковременная потеря сознания, небольшое количество припадков умеренной силы и продолжительности, прекращение припадков после родоразрешения, обильный диурез с небольшим количеством белка при хорошей деятельности сердца дают хорошее предсказание; длительное коматозное состояние, высокая температура, частый пульс, стойкая олиго- или анурия, желтуха и гемоглобинурия—признаки плохие.

Взгляните в свете изложенного на нашу больную: молодая женщина (ей 21 год) рожает вторые сутки; в конце периода раскрытия, а может быть и в начале изгнания она дает первый припадок эклампсии. Общее состояние хорошее, пульс 80, температура нормальна; после припадка сознание возвращается, за ночь выделено 200 см³ мочи.

Мы имеем все основания ставить хорошее предсказание.

Посмотрим же больную (11 час. 50 мин.): она в сознании, жалуется лишь на небольшую головную боль. Температура $36,8^{\circ}$ Пульс 80. Мы измерили кровяное давление: 150-120, получили анализ мочи: белка $0,6\%$ цилиндров нет.

Что же делать?

1. Вести роды консервативно, начать лечение по Строганову.

2. Надо по возможности кончить роды, показано внутреннее исследование.

Мы должны решиться на тот или иной образ действий. Впрочем: готовы ли мы к припадку? Что делать, если сейчас начнется второй припадок? Во время самого припадка не требуется особой активности. Не покидайте больную, смотрите, чтобы она не ушиблась головой об стену или о край кровати; не держите больную за конечности, этого не надо, это даже вредно, так как послужит лишним раздражителем. Главное, — примите меры против прикуса языка. Я видел у экламптичек глубокие травмы языка, я видел некроз прикушенного кончика языка. Держите наготове металлическую ложку, завернутую в чистое полотенце и введите ручку ее в рот больной, но обязательно сбоку, в пределах коренных зубов. Если у вас есть специальная резиновая пробка, вы можете воспользоваться ею. Не вводите ее или ложку спереди, между резцами, резцы могут во время припадка сломаться. Я помню случай, когда больная после выписки предъявила больнице иск в размере стоимости золотой коронки. Если вы опоздали ввести ложку в первый момент припадка, не старайтесь открыть рот роторасширителем, это опять-таки будет вредным раздражителем, выждите несколько секунд, челюсти разомкнутся, и вы, улучив момент, сумеете вдвинуть ложку между коренными зубами.

Вот все, к чему вы должны быть готовы на случай припадка.

Что же нам делать с больной? Впрыснем ей морфий под кожу и обсудим. Случай, повидимому, легкий. Можно будет ограничиться назначением наркотических. Или же можно сделать кровопускание и назначить лечение по Строганову. С другой стороны, желательно завершить роды. Мы не знаем, насколько открылся зев, все же имеем основание думать, что период раскрытия близок к концу или уже закончился. Если только по состоянию родовых путей окажется возможным легко и бережно закончить роды, конечно, поспешим с родоразрешением. Для этого сделаем внутреннее исследование, конечно, в наркозе. На всякий случай подготовим инструментарий для операции наложения щипцов.

Роженица взята в операционную, дан наркоз (CHCl_3). Наружное исследование указало, что головка опустилась в полость таза. Сердечные тоны плода слева ниже пупка. После тщательной дезинфекции наружных частей, лобка и бедер выпущена моча катетером (100 см³); вагинальное исследование: открытие зева почти полное, лишь спереди нависает слегка отечный край зева. Головка в полости, точнее в узкой части ее, покрыта небольшой родовой опухолью. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди, большой — не достигается.

Возможно ли наложение щипцов? Щипцы технически возможны, условия даны. Неужели же мы воздержимся от родоразрешающей операции? Нет, мы должны закончить роды.

Щипцы наложены в левом косом размере таза, легко сомкнулись. Пробная тракция указала, что щипцы наложены хорошо. Нависающая передняя губа зева легко заведена за голову. Несколькими тракциями книзу я на себя головка доведена до тазового выхода, причем щипцы перешли в поперечный размер (стреловидный шов стал в прямой). Горизонтальными тракциями на себя затылок выведен из под лона. Щипцы сняты (в обратном порядке). Головка выведена по *Ritgen Olshausen's*. Ребенок извлечен, сразу закричал, женского пола, весом в 2700 г, длиной 49 см (12 час. 15 минут). Наркоз прекращен.

В 12 час. 50 мин. родился послед; осмотрен: без дефектов. На небольшой разрыв промежности наложены швы: непрерывный кэтгут на влагалище, 3 нитяных на кожу.

После родов — состояние больной удовлетворительное. Т. — 37. Пульс 88. Матка сократилась хорошо. Кровотечение умеренное.

Припадков больше не было. Послеродовой период прошел гладко. 13 мая родильница выписалась с ребенком.

Интерес случая: Молодая первородящая поступает в начале родов. Таз общесуженный. Плод небольшой, несоответствия нет. Ничто не предвещает осложнений. В конце периода раскрытия — припадок эклампсии. Роды заканчиваются наложением щипцов. Припадков больше не было. Мать и ребенок выписаны здоровыми.

Случай 93-й

Д. Ф. А., 22-х лет (№ приемного журнала 11228), поступила в клинику 20 августа 1928 г. в 15 час. 25 минут для родов.

Из анамнеза узнаем, что в детстве у пациентки долго болела левая нога и что была сделана операция на колене. Месячные носят с 18 лет, через 4 недели, по 4 дня. Половой жизнью живет около года. Беременность первая. Последние месячные были 27 ноября 1927 г., времени первых движений указать не может. В течение беременности, кроме небольших отеков ног, ни на что не жаловалась. В день поступления, в 8 часов, начались родовые боли, по дороге в клинику отошли воды в умеренном количестве.

Перед нами женщина, пришедшая на костылях. Роста ниже среднего, ослабленного питания, блондинка со светлосерыми глазами. Левая нога укорочена, согнута в коленном суставе под прямым углом, не разгибается (полный анкилоз). На передней поверхности левого колена старый неподвижный послеоперационный рубец. Т. — 36,7. Пульс 76, среднего наполнения. Живот увеличен соответственно доношенной беременности, мало пигментирован, со скудными полосами беременности. Пупок слегка выпячен. Окружность живота 90 см. Дно матки 3 пальца ниже меча (38 см.). Спинка слева, мелкие части неясно определяются справа в дне. Предлежит головка, над входом несколько подвижная. Сердечные тоны ясны, слева ниже пупка, 136 ударов в минуту.

Размеры таза: *dist. spin* — 22 см; *dist. crist.* — 24 см; *dist. troch.* — 30 см; *conj. ext.* — 17,5 см; *conj. lat.* — 14 см. Окружность таза 78 см.

Ректальное исследование. Наружные части развиты правильно, полость таза пустая. Открытие зева — 2 пальца. Мыс достижим. Высоко над входом предлежит головка. Пузырь не определяется.

Схватки частые и сильные.

Каков диагноз и прогноз?

1. Имеется явная патология: общесуженный таз и преждевременное отхождение околоплодных вод.

2. Надо помимо общего сужения предполагать косопопоставленный таз. Вряд ли роды возможны.

3. Исследование далеко неполное. Мы не знаем, ни какого характера поражение ноги, ни степени несоответствия между тазом и головкой. Нет еще анализа мочи.

Действительно, исследование неполное. Роженица никаких подробностей о болезни ноги рассказать не может; все же принимая во внимание ее плохое питание, тщедушный вид, можно с известной долей вероятности предположить, что болезнь ее, относящаяся к далекому детству, была туберкулезным гонитом, давшем впоследствии анкилоз сустава. Врачебная помощь была не на высоте: получился анкилоз колена под прямым углом! В настоящее время ни со стороны легких, ни со стороны желез изменений не имеется. Наружные размеры таза указывают на общее его сужение. Что же касается косопопоставления, то его нет. Как данные ректального исследования, так и измерение наружных косых размеров говорят против косопопоставления. Мы допускаем лишь небольшую степень косопопоставления таза. Есть ли несоответствие между тазом и головкой? Известно, что к началу родов у первородящих головка должна стоять неподвижно-вколоченной в тазовый вход. Здесь она над входом подвижна, это уже заставляет подозревать несоответствие. Для выяснения этого вопроса обследуем роженицу более детально.

Мы решили сделать пробу Peter Müller'a с контролем через прямую кишку (16 час.)

Дежурный врач произвел ректальное исследование, во время которого помощник его вдавил сверху головку по направлению в малый таз, и стало ясно, что головка допускает поступательные движения: она вдавилась без труда.

Вывод наш таков: хотя и имеется общее сужение таза, все же существенного несоответствия между тазом и головкой нет.

Поэтому мы решили вести роды консервативно, зорко следя за течением родов.

Моча взята для анализа.

20 час. Схватки частые, сильные. Головка неподвижна во входе. Сердечные тоны 128, ясные. Дежурный врач счел нужным сделать ректальное исследование: зев открыт на 4 пальца, головка большей периферией во входе. Стреловидный шов в правом размере входа.

Итак, роды идут хорошо. Повидимому, тазовой вход не представит значительного препятствия. Родовая деятельность хорошая. Наш прогноз, повидимому, правилен.

В 23 часа внезапно с большой силой случился типичный припадок эклампсии, продолжавшийся 1½ минуты. После припадка коматозное состояние. Под кожу впрыснут морфий.

Мы ждали осложнений со стороны механизма родов, тщательно взвешивали степень несоответствия, а опасность пришла совсем с другой стороны. Эклампсия! И по *habitus*у наша роженица не похожа на экламптичку. Это — тщедушная, с костным туберкулезом в анамнезе женщина. Об „антагонизме“ между туберкулезом и эклампсией (*Herrmann*) я уже говорил. Правда, были отеки на ногах, мы взяли мочу для исследования, но анализ еще не готов.

О, если бы знать происхождение этой болезни! Ведь эклампсия не даром получила название „болезни теорий“.

„Нет, кажется, другого такого вопроса не только в акушерстве, но и в других областях медицины, над разрешением которого столько и так упорно трудились, как вопрос об эклампсии“ (*С. А. Селицкий*). „Эклампсия — сложнейшая из всех проблем“, — говорит *Volhard*. И действительно, если мы беглым взглядом окинем безмерную литературу о генезе эклампсии, то мы поразимся обилием и многообразием всевозможных теорий, стремящихся внести ясность в пока еще темный и всегда актуальный вопрос с происхождении эклампсии.

На заре научного акушерства *Mauriceau* смотрел на экламптические судороги как на следствие повышенной раздражимости нервов, в частности нервов матки. Эта раздражимость передается нервным центрам и мозгу, почему известная *Madame Lachapelle* называла болезнь *epilepsie cérébrale*, а *Merrimann* *Dystocia epileptica*. Нервная теория эклампсии скоро пала, но отголоски ее мы видим и в настоящее время, напр. в учении *Dührsen*'а об особой форме эклампсии — *eclampsia reflectoria*.

Halberstma придавал большое значение давлению матки на мочеточник, что казалось бы подтверждали и неоднократные находки на вскрытии расширенных мочеточников. Другие старые авторы видели причину болезни в малокровии мозга (*Roederer*, *Baudelocque*), или, наоборот, в чрезмерном приливе крови к мозгу, вызванном давлением матки на аорту (*Puzos*). На смену подобным теориям явились теории, трактующие о вредных качествах крови, как причине болезни. Первый *Wilson* (1833) указал на мочевину, перешедшую в кровь и действующую наподобие яда: эклампсия трактовалась, как уремия. Открытие альбуминурии *Rayer*'ом дало мыслям новое направление. Первый, кто увидел связь между поражением почек и эклампсией был известный *Frerichs*. Поступающая в кровь мочевина, распадаясь на углекислый аммоний, вызывает судороги. Как ни восторженно было принято учение *Freruchs*'а, оно скоро нашло возражения. Знаменитый *Claude Bernard* доказал, что углекислый аммоний встречается и в крови здоровых. Пытались „обвинить“ и другие экстрактивные вещества, креатин, креатинин и пр. Но вот появилась известная гипотеза *Traube*: судороги при уремии — следствие отека и острой анемии мозга. *Rosenstein* перенес эту гипотезу в учение об эклампсии. Отек мозга вызывается гидремией крови, большое значение при этом принадлежит повышенному кровяному давлению. Как ни странно, к этой старой гипотезе тесно примыкают некоторые теории новейшего времени *Volhard*'а и *Zangemeister*'а, о которых речь впереди.

Было время, когда смотрели на эклампсию как на инфекционную болезнь. Это было в период расцвета бактериологии, в период *Pasteur*'а (*Delore*, *Doleris*, *Toney* и др.). Микробы находили то в моче, то во внутренних органах. В дальнейшем искали возбудителя в крови. *Gardes* даже нашел этого возбудителя — кокка; *Favre* находил микроба в белых инфарктах плаценты. Микробную гипотезу защищал у нас *В. В. Строганов*. Но вскоре инфекционная теория отжила свой век, уступив место наиболее распространенной — интоксикационной. Собственно говоря, это учение не явилось полной неожиданностью. Первоначальная уремическая гипотеза содержала в себе уже понятие о яде, отравляющем организм. *Bouchard* стал учить, что яды вырабатываются самим организмом в процессе обмена веществ. Эти продукты распада обычно обезвреживаются печенью и выделяются почками. Если же эти органы не справляются со своей задачей, то „яды“ остаются в организме и вызывают тяжелое заболевание — эклампсию. Существование не одного яда, а многих предполагали сторонники этого учения. Доказательство имеющегося „отравления“ находили в ярких патолого-анатомических изменениях печени. Источником об-

разования ядов некоторые считали кишечник (*Boaffe de Saint-Blaise*) откуда они и поражают печень. *Pinard* ввел термин „*hepato—toxémie gravidique*“. Роль печени в период деторождения вообще и в патогенезе эклампсии в частности сделалась темой бесчисленных изысканий. Но как ни многообразны были результаты исследований, мысль об интоксикации, как первопрочине эклампсии оставалась непоколебимой. На отравление указывали так же исследования патологов. Какие же яды могли вызвать эклампсию? *Tarnier, Chamberlent, Ludwig, Savor* находили ядовитой кровяную сыворотку экламптичек; другие (*Bar, Renon*) объясняли губительное действие крови экламптичек не наличием в ней яда, а повышенной свертываемостью ее. Повышенное содержание в крови фибрин-фермента доказал *Dienst*: в крови беременных фибрин-фермент находится в большем, чем у небеременных, количестве. Печень вырабатывает меньше антитромбина, чем требуется, в крови накапливается фибрин-фермент, который и задерживается в организме, потому что почки не могут его в достаточной мере выделить. Прижизненные закупорки мелких сосудов, как первичную причину признавал и *Schmorl*. Датские ученые *Albeck* и *Lohse* нашли, что околоплодные воды экламптичек, введенные в организм опытного животного, вызывают изменения в печени, характерное для эклампсии. *Semb'u* удалось получить в органах животных изменения, типичные для эклампсии. Клиническую же картину эклампсии вызвать у животных никому не удалось. Эклампсия осталась привилегией человека. Целый ряд исследователей указывали на детское место как на источник токсинов (*Obata, Скробанский, Freund* и др.).

Много шума наделала открытая *Veit* ом депортация ворсинок. Возникла гипотеза, что кровью вырабатывается антитело-синцитиолизин, которое обезвреживает внедрившийся в материнский организм синцитий. Чем же отравляется организм экламптичек: белками ли ворсинок и их дериватами, или же избытком синцитиолизина (*Ascoli*)? *Weichardt* и *Piltz* считали, что благодаря действию синцитиолизинов в депортированных ворсинках освобождаются эндотоксины, которые и отравляют материнский организм (синцитиотоксин). Долгое время именно плацента привлекала внимание исследователей. В ней находили сложные изменения азотистого обмена.

Интересен взгляд на эклампсию как на анафилактический феномен (*Anderson, Rosenau, Thiess*). В основе анафилаксии здесь лежит попадание в материнский организм белковых веществ плода. Но вскоре анафилактическая теория эклампсии пала, так как введением в материнский организм сыворотки плода не удалось вызвать анафилаксии (*Seitz*).

Не лишены интереса попытки подойти к выяснению патогенеза эклампсии с точки зрения особенностей крови матери и ребенка. В нашей клинике *М. Д. Гутнер* предпринял изучение групповых свойств крови матери и ее ребенка, полагая, что агглютинация является одним из фактов, определяющих конституцию. Из 10 случаев эклампсии реакция изоагглютинации была положительной в 5. Указывая на конституциональное различие в половине случаев, *Гутнер* выдвигает проблему конституции в патогенезе эклампсии. Поступающие в кровь матери продукты плода, биохимически ей чуждые, нарушают эуколлоидное состояние клеточной протоплазмы материнского организма.

Поискам ядов, вызывающих эклампсию, посвящены многочисленные исследования авторов — и все же природа этого яда до сих пор осталась неизвестной. Называли фибрин-фермент, мясо-молочную кислоту (*Zweifel*), масляную кислоту (*Mohr, Freund*), аминокислоты (*Schickele*), креатин (*Heynemann*), липоиды.

Легко понять, что нахождение того или другого химического тела в крови больной вовсе еще не доказывает, что это тело является причиной эклампсии. И если даже условно принять существование какого-то токсина, повинного в возникновении эклампсии, то спрашивается, откуда же взялся этот токсин?

Вырабатывается ли он где-либо в организме матери или он доставляется плодом или его придатками? Американец *Taylor* высказал мысль, что источником яда является надпочечник матери. Быстро наступающая у беременных гликозурия после введения адреналина говорит за повышенное содержание этого гормона в их организме. С повышенным содержанием адреналина

в крови связана наблюдающаяся у беременных повышенная возбудимость симпатического нерва (*Aschner*). Косвенное доказательство можно усмотреть в свойственном эклампсии повышении кровяного давления. Некоторые видели связь между эклампсией и щитовидной железой (*Nicholson, Кривский*). С тех пор как *H. W. Freund* у 80%, *Lange* у 54,8% и *Engelhorn* у 60% беременных нашли увеличение щитовидной железы, внимание исследователей привлекла к себе *thyreoidea*. Следствием врожденной неспособности щитовидной железы удовлетворить повышенным требованиям при беременности, является токсемия. *V. Graff* нашел альбуминурию чаще у беременных без увеличения щитовидной железы. Железа была увеличена у 40% всех беременных, из 33 экламптичек она была увеличенной только в 3,1%. *Nicholson, Lobestine, Jeandelize, Fruhins-holz*, усматривают также связь между эклампсией и отсутствием гиперплазии щитовидной железы. Этот взгляд в последнее время как бы получает подтверждение в наблюдениях *Barezi* (1929).

Другие обвиняют гипофункцию околощитовидных желез (*Vassale, Mas-saglia, Zantrognini, Herrgott* и др.). Не остался без внимания и гипофиз по *Hofbauer*'у, гормоны гипофиза вызывают при этом и спазм сосудов и повышение кровяного давления. Еще в 1921 г. он указал, что экламптический симптомо-комплекс зависит от повышения деятельности надпочечника и гипофиза, спазм сосудов мозга он считает непосредственной причиной эклампсии. *Küstner* также видит в гипофизе виновника эклампсии. К генезу эклампсии привлекали и желтое тело и даже грудную железу. Лечили эклампсию даже ампутацией грудей. *И. З. Черняк* (1929) рассматривает эклампсию как „плюригландулярное заболевание в результате вредного влияния на организм беременных женщин синергистов гипофизина и адреналина, усиливающих в своей активности при повышенной кислотности крови, понижении содержания в ней Са и повышении К и при неспособности коррегирующих желез справиться с предъявленными к ним максимальными требованиями“. „Если у беременной имеются способные развить достаточную запасную силу щитовидная, поджелудочная, паращитовидная железы, достаточное накопление овариального гормона, тогда имеется и достаточный диурез, умеренное кровяное давление, небольшая кислотность крови, достаточное количество Са, которые ослабляют вредность адреналина и гипофизина; в противном случае развивается картина эклампсии“ (*Черняк*).

Другой ряд ученых искал источник токсинов в яйце, в плацеде или в плаценте. Родоначальником фетальной теории является *Fehling*. Эта теория казалась наиболее правдоподобной. „Эклампсии не бывает ни у мужчин, ни у небеременных женщин, она по настоящее время наблюдалась только у беременных женщин“ (*Essen-Möller*). „Без беременности нет эклампсии“ (*Stöckel*). Да и послеродовая эклампсия не противоречит овулярной теории, она тесно связана с родами.

Случаи эклампсии при пузырьном заносе, или после внутриутробной смерти плода могут поколебать фетальную теорию, но отнюдь не погубили овулярной гипотезы (плацента!) Все же в настоящее время всем этим токсическим теориям суждено, повидимому, уйти в историю.

В настоящее время наибольшей известностью пользуются упомянутые уже мною теории *Volhard*'а и *Zangemeister*'а.

Volhard отрицает интоксикацию как причину эклампсии и воскрешает старое учение *Traube-Rosenstein*'а об отеке и расстройстве кровообращения мозга. Все явления эклампсии объясняются внутричерепным давлением; если при нефритах отек мозга есть следствие артериальной мишемии, то при нефрозах существуют условия, вызывающие „готовность к отеку“. Как повышенное кровяное давление, так и „готовность к отекам“ не обязательно почечного происхождения. Отеки происходят вследствие особого свойства сосудистых стенок, особой их проницаемости. Еще в 1901 г. *Strauss—Widal* доказали, что задержка поваренной соли играет большую роль в происхождении отека. Эта задержка воды и соли не причина и следствие „готовности к отеку“, происшедшей вследствие изменения сосудистых стенок.

Наконец *Zangemeister* сводит причину эклампсии к отеку мозга, который в свою очередь есть проявление общего гидростаза и зависит от повреждения сосудистых стенок. В основе эклампсии лежит гидростатическое и ишемическое

повышение давления в мозгу. „Воды — вот яд, вызывающий эклампсию!“ Как видно, теория *Zangemeister'a* примыкает к старой гипотезе *Rosenstein'a*, отличаясь от нее учением о повреждении сосудистых стенок в смысле их повышенной проницаемости. Исходной точкой судорог является мозговая кора. Она раздражается частью ишемией, частью интрадуральным давлением на центры вегетативной, нервной системы. Причиной же повышения давления в мозгу является отек мозгового вещества.

Вы видите, что проблема эклампсии необычайно сложна. Не подлежит сомнению, что при эклампсии происходят весьма крупные изменения в обмене веществ как в азотистом, так и в жировом, углеводном и минеральном. Так *Rissmann* считает эклампсию следствием расстройства минерального обмена, обусловленного поглощением кальция плодом. „Эклампсия — тяжелое отрицательное нарушение кальциевого равновесия“.

Г. М. Шполянский, на основании изучения минерального обмена при беременности и исследования концентрации водородных ионов спинномозговой жидкости полагает, что при эклампсии в спинномозговой жидкости и, вероятно, также в мозгу, имеется расстройство равновесия водородных и гидроксильных ионов, а также изменение коэффициента крови $\frac{K}{Ca}$ в сторону его увеличения в 2—3 раза (исследования *М. А. Петрова-Маслакова* и прив.-доц. *А. С. Соловцовой* на материале нашей клиники), что не может не отразиться на состоянии клеточной оболочки, так как и те и другие ионы прежде всего оказывают влияние на клеточную мембрану. Такое нарушение равновесия влияет на ее проницаемость и возбудимость.

Изменения физических свойств клеток, их коллоидов, электрических свойств этих коллоидов, клеточных мембран и объясняют сложный симптомокомплекс эклампсии. Эти физические процессы, протекающие в клетках, не производя глубоких морфологических изменений в них, вызывают серьезные функциональные расстройства. По *Г. М. Шполянскому*, „причину судорог следует искать там, где они возникают, а именно, в двигательных центрах головного мозга“. Только раздражением этих центров и притом раздражением, которое распространяется чрезвычайно широко и быстро, можно объяснить судороги, с такой быстротой и силой захватывающие почти всю поперечнополосатую мускулатуру тела. Причиной судорог должен быть сильнейший раздражитель, быстро распространяющийся свое действие на большую поверхность мозга. Действие этого раздражителя сильное, но быстро проходящее. Оно может быть сравнено с действием электрического тока. Этим раздражителем является ионная реакция на поверхности клеток мозга“.

Недавно *А. Э. Мандельштам* (1932) произвел интересные опыты на белых мышах. Введением в организм мышей липоидного фолликулина и питуитрина (гормон задней доли гипофиза) ему удавалось получить у небеременных мышей симптомокомплекс эклампсии (судороги и проч.). Исследование органов опытных животных обнаружило картину, сходную с изменениями, свойственными эклампсии. Одновременное введение лютеина (гормона желтого тела) с вышеназванными гормонами судорог не вызывало. Из этих опытов *А. Э. Мандельштам* делает заключение, что эклампсия есть плуригландулярное заболевание. При беременности действие фолликулина ослабляется проланом, желтое тело задерживает действие питуитрина. При нарушении же равновесия в смысле преобладания действия фолликулина и питуитрина получается эклампсия. Насколько высказанная *А. Э. Мандельштамом* гипотеза получит подтверждение, покажет будущее.

В изложенном я дал краткий и далеко не полный обзор как старых, так и новых „теорий эклампсии“. Из него видно, что потрачено огромное количество сил и энергии для раскрытия тайны эклампсии. Все же и по настоящее время нужно признать, что ни одна из теорий не может считаться неопровержимо доказанной и повидимому, только в будущем удастся окончательно выяснить сущность эклампсии.

Но вернемся к нашей больной. Совершенно неожиданно случился приступ эклампсии, в то время как мы ожидали осложнений со стороны механизма

родов (23 часа). Роженица после припадка лежит в коматозном состоянии, и перед нами опять встает вопрос:

Что делать?

1. Надо путем внутреннего исследования убедиться в наличии условий для наложения щипцов и закончить роды.

2. Спешить нечего. Случай, повидимому, легкий. При консервативном ведении родов нужно ждать самопроизвольного родоразрешения.

Мы убедились, что сужение таза в данном случае не создает ощутимого препятствия продвигающейся головке. 3 часа тому назад открытие зева было около 4 пальцев. Вероятно, теперь оно уже полное, идет период изгнания.

Дадим наркотические и, если припадки будут частые, то мы в любой момент можем извлечь плод щипцами. К чему спешить? К чему делать операцию, которая может быть не только лишней, но и не безразличной как для матери, так и для плода. Так мы рассуждали после первого припадка (23 часа).

В 23 часа 50 мин. — второй, очень сильный припадок эклампсии. По окончании припадка мы произвели наружное исследование — головка в полости; выслушивая сердечные тоны плода (слева ниже пупка) мы к немалому удивлению нашли вместо четких и частых тонов резко замедленные, аритмичные и глухие тоны. Агональные тоны: плод в смертельной опасности!

Немедленно готовить к операции. К сожалению во время приготовления роженицы сердечные тоны прекратились совершенно. Мы убедились, что плод погиб. Мы могли бы теперь выждать самопроизвольного родоразрешения, но ведь перед нами эклампсия, за какой-нибудь час было 2 припадка. Нет, мы не должны ждать, мы должны закончить роды и, так как плод мертв, то единственно показанной операцией будут краниотомия и краниоэкзезия.

В 24 часа роженица взята на стол, дан наркоз (СНСI₂). После обычного обеззараживания произведено внутреннее исследование: открытие зева полное, головка в широкой части полости, стреловидный шов в правом косом размере таза. Малый родничок слева и спереди. Введены зеркало и подъемники, кожа головки захвачена в 2 местах щипцами, Миуеух надсечена скальпелем. Перфоратором Blot сделано прободение головки в области малого родничка, повторными смыканиями и размыканиями инструмента отверстие расширено. Мозг вычерпан большой ложкой. Затем сняты Миуеух, извлечены зеркала, наложен краниокласт Браун'a (сплошная ложка введена в полость черепа, окончатая введена влево и впереди и наложена на затылок). После фиксации ложек головка осторожно извлечена тяжениями вниз и на себя. Извлечен мертвый плод женского пола, весом в 3200 г (без мозга). В 1 час родился послед, без видимых дефектов. Осмотрена промежность: цела. Матка хорошо сократилась. Кровотечение умеренное.

После операции общее состояние роженицы удовлетворительное. Пульс 88. Т. 36,7. Полукоматозное состояние.

К утру 21 августа сознание прояснилось. Больная ничего не помнит, что с ней было. Подушен анализ мочи: уд. вес 1015, белка 2‰, лейкоцитов 2—5 в поле зрения, невыщелоченных эритроцитов до 10 в поле зрения, единичные гиалиновые цилиндры.

Припадки не повторялись.

Суточное количество мочи за 21 августа достигло 1600 см³.

В дальнейшем течение послеродового периода прошло гладко.

28 августа роженица выписалась без ребенка.

Можем ли мы себя упрекнуть в смерти ребенка? Думаю, что нет. Припадков было всего 2, непосредственно после второго припадка плод погиб. Не подлежит сомнению, что внутриутробная смерть плода стоит в непосредственной связи с эклампсией матери.

При эклампсии плод нередко погибает внутриутробно вследствие основного заболевания матери. По Zangemeister'у детская смертность при эклампсии выше материнской и достигает 35—40% жизнеспособных детей. Причина ее различна. Часть детей не вполне доношена и потому погибает в связи с патологическими родами (15% смертей), другая часть детей погибает или внутриутробно или вскоре после родов в связи с расстройством дыхания и кровообращения у матерей (12%). Наконец около 10% смертных случаев надо полагать в связь с родоразрешающими операциями. Поразительно высока вторичная смертность детей в послеродовом периоде. По Zangemeister'у в первые недели жизни погибает 13% детей, в первый год жизни — 27%.

Полагаю, что процент первичной смертности по Zangemeister'у поразительно высок. У нас на 146 случаев эклампсии было 150 детей. Из них погиб 41 плод, т. е. 27,3% (А. Д. Аловский).

При *eclampsia ante partum* (50 случаев) было всего 23 мертвых плода: из них лишь 2 доношенных, остальные (21) недоношенные (весом меньше 2000 г и мацерированные).

При *eclampsia sub partu* (64 случая) всего 13 мертвых плодов: из них доношенных 6, остальные 7 недоношенные и мацерированные.

При *eclampsia post partum* (32 случая) всего мертвых плодов 5, все недоношенные. Таким образом получается, что при общей детской смертности в 27,3% — доношенных детей погибло всего 8, т. е. 5,5%.

Данные литературы по этому вопросу разноречивы. Процент смертности у *Bar'a* — 60%, у *Fabre* — 70%, у *Примо* — 26%, у *Селицкого* — 34%, у *Greenhill* (Чикаго) — 27,7%, у *Zubrzycki* (Краков) — 35,7%, у *Столытинского* — 23%.

Особенно поражает разноречивость данных смертности у немецких авторов: *Zweifel* — 37%, *в. Franqué* — 41%, *Lichtenstein* — 39%, *Zacherl* — 35%, *Weingarten* — 35%, *Bund* — 30%, *E. Martin* — 10%, *R. Freund* — 11,5%, *Heinlein* — 16%, *Stöckel* — 8,6

По одним авторам причиной смерти является стравление организма ребенка ядами, циркулирующими в крови матери, другие полагают, что виною смерти плода является сам экламптический припадок. По *Bar'u* частой причиной смерти плода надо считать плацентарные геморрагии. Важно, что с увеличением количества экламптических припадков матери увеличивается опасность для жизни плода. Так *Goldberg* на 81 случае высчитал, что на одного живого ребенка приходится 5,3 припадков, на мертвого — 11,9; по данным *Селицкого* на 207 случаев эти цифры таковы: для живых 10,1, для мертвых — 13,8. *Zyskowitz* же утверждает, что дети умирают после 12—15 припадков, а часто и гораздо раньше (цит. по *О. А. Ивановой*). По *Tunis'u* (1928) смертность детей, родившихся после 1—3 припадков — 8%, после 4—6 припадков — 33%.

При эклампсии *post partum* процент смертности детей резко уменьшается: по данным *Селицкого* он составляет 4,5%, по *Примо* — 5,5%.

Tunis предлагает при разборе причины детской смертности различать:

- 1) прямое вредное влияние эклампсии,
- 2) не прямое влияние
 - а) недоношенность,
 - б) расстройство плацентарного кровообращения,
- 3) вред от применяемой у матери терапии.

Ильинская (1929) утверждает, что заболеваемость и смертность детей, родившихся от матерей — экламптичек, немногим превышают обычные известные цифры, несмотря на то, что при эклампсии чаще применяются оперативные пособия, могущие отразиться на судьбе детей. Дети не подвергаются каким-либо специфическим заболеваниям.

По *Селицкому* (1929) особого внимания заслуживает значительная смертность „кесарских“ детей при эклампсии. На 111 детей было 6 смертей. Эти дети должны быть под особым наблюдением в дальнейшем для выяснения многих неразрешенных еще деталей.

David Plotkin (1927) наблюдал за 138 детьми от 123 экламптических матерей. Эти дети угрожаемы в первое время после родов. По его мнению прогноз для детей при выжидательной терапии родов гораздо хуже, чем при активной терапии. Какого бы то ни было расположения к нервным или психическим болезням у них не отмечается. Умственное развитие детей большею частью удовлетворительно и не отличается от такового у детей здоровых матерей.

Zangemeister дает весьма мрачные сведения об оставшихся в живых детях: 2% страдали психическим расстройством, 2% эпилепсией, 4% судорогами, 2% слабоумием. В литературе имеются указания на альбуминурию у детей, на нефрит, даже геморрагический.

Целый ряд наблюдений указывает на наступление экламптических припадков у ребенка (*Knapp, Dohrn, Esch* и др.). Интересно наблюдение *Kissinger'a*: у ребенка, родившегося путем кесарского сечения от экламптики, через 8 часов после рождения начались припадки эклампсии, по 5—6 раз в день. На 5-й день припадки начали стихать.

В русской литературе еще в 1888 г. *Синайский* описал случай, где у ребенка через 2 часа после рождения начались типичные экламптические судороги рук, лица и ног, после 4 припадков ребенок умер.

О. А. Иванова (1930) на основании изучения своего материала, приходит к выводу, что эклампсия матери сама по себе, как патологическое состояние, почти не отражается на развитии ребенка и его ближайшей жизнеспособности. Смертность детей от экламптичек у *О. И. Ивановой*—18%. Главным фактором, отягчающим прогноз детей, родившихся от экламптических матерей, является не отравленность или особая специфическая дебильность этих детей, а то обстоятельство, что они очень часто рождаются значительно раньше срока; другим неблагоприятным фактором является оперативное вмешательство.

Из трех видов эклампсии наиболее тяжелым для ребенка является тот, при котором припадки появляются во время беременности и подвергают плод губительному воздействию (смертность 57,14%). Наиболее благоприятна для ребенка эклампсия *post partum*.

Рожденные от матерей-экламптичек дети не дают нам указаний на какую-либо специфическую дебильность. „Они дебильны постольку, поскольку рождены раньше срока. Они патологичны постольку, поскольку грубо для них было предпринятое вмешательство и связанные с ним осложнения“ (*О. И. Иванова*).

Tunis также отрицает прямое вредное воздействие эклампсии на детей как в смысле причины смерти, так и в смысле дальнейшего их благополучия.

Интерес случая. 22 летняя первородящая, с общесуженным тазом и анкилозом левого коленного сустава поступает в клинику в периоде раскрытия. Осложнений со стороны механизмов родов не наступает, разражается эклампсия. После 2 припадков наступает неожиданно внутриутробная смерть плода. Производится перфорация головки и краниоклазия. После родоразрешения припадки не повторяются. Выздоровление.

Случай 94-й

Е. В. К., 26 лет (№ приемного журнала 10790), доставлена из близлежащей дачной местности врачом 15 августа 1928 г. в 14 час. 55 мин.

Врач сообщил, что он больную знает с месяц. Замужем она 7-й год. Первая беременность прервалась выкидышем в 1922 г. В 1923 были нормальные роды. Теперь беременна 9 месяцев. Беременность протекала без особенностей. Неделю назад появились отеки на ногах и лице при общем недомогании. В день поступления утром начались судорожные припадки; после второго был приглашен врач, в присутствии которого было еще два припадка, по его словам экламптические. Врач впрыснул морфий под кожу и доставил больную в клинику.

При поступлении (15 часов): перед нами беременная роста выше среднего, правильного телосложения, хорошего питания, блондинка, глаза серые. Цвет лица яркий, губы слегка синюшны. Лицо одутловато. Зрачки сужены, на свет вяло реагируют. Больная апатична, сознание полное. Т. — 37,0°. Пульс 80, несколько напряжен. Живот увеличен, соответственно недоношенной (на 9-м месяце) беременности. Пупок не выпячен. Полосы беременности старые, пигментация ничтожная. Окружность живота — 90 см. Дно матки на 4 пальца ниже меча. Положение плода продольное. Спинка слева. Головка над входом, подвижна. Сердечные тоны слева ниже пупка, 140 в мин.

Размеры таза: dist. spin. — 26 см; dist. crist. — 28; dist. troch. — 30 см; conj. ext. — 20 см; conj. lat. — 145 см.

Родовой деятельности, повидимому, нет.

С чем же мы имеем дело?

1. Имеется несомненно эклампсия. Беременность недоношенная. Родовой деятельности нет. Надо вести больную консервативно.

2. Хотя мы и не видели у больной припадка и нам неизвестны ни данные анализа мочи, ни кровяное давление, все же характерный вид больной не оставляет сомнений в диагнозе эклампсии. Пока не поздно — надо беременность прекратить.

В 15 час. 35 мин. — типичный припадок эклампсии с последующим коматозным состоянием. Это первый припадок в клинике, всего же — 5-й.

Если у постели беременной, заболевшей судорогами, собираются врачи, то в большинстве случаев диагноз болезни не порождает разногласий. Зато бесконечные разногласия выявляются часто, как только речь заходит о терапии. Также как нет единства в понимании сущности эклампсии, так многообразна

и ее терапия. Одни подходят к эклампсии с тенденцией во что бы то ни стало ликвидировать беременность каким бы то ни было способом; другие, наоборот, придерживаются принципа абсолютного невмешательства в родовую акт и лечат эклампсию строго выжидательно; третьи комбинируют активное и консервативное лечение в самых разнообразных видоизменениях. И вполне понятно, что каждый отстаивает свою правоту — и нет конца-края литературным спорам по вопросу о терапии эклампсии.

В одной из следующих бесед мы подробно остановимся на вопросе о ведении родов при эклампсии, сегодня же спросим себя: как же быть с нашей больной? Нет сомнения, мы не обследовали ее должным образом и все-таки мы должны сейчас же решить, какого плана придерживаться. Больная — рожавшая, беременна 9 лунных месяцев, она не в родах, всего было 5 припадков, сознание до последнего припадков было полное. Деятельность сердца вполне удовлетворительна. Есть ли показания к немедленному прекращению беременности? Вряд ли. К тому же, как ее прекратить? Ведь заметной родовой деятельности нет. Метрейриз мы опять отвергнем, как способ ненадежный, длительный и опасный в смысле инфекции. Влагалищное кесарское сечение — абдоминальное кесарское? Сделать их специалисту не трудно, но где же те настоятельные показания, которые заставят нас решиться на эти крупные и далеко не безразличные вмешательства: их нет. Мы решились вести нашу больную консервативно.

Больная лежит изолированно, в малой родильной, мы устранили все, что может действовать на нее раздражающе (яркий свет, громкий говор, шум). Определим сперва кровяное давление: оно повышено, по Riva-Rozzi — 160 — 130. Начнем с кровопускания.

Мы дали больной наркоз (СНСI) и приступили к венесекции (6 часов). Из *vena mediana* в левом локтевом сгибе мы выпустили 350 см³ крови. Вену перевязали, кожную ранку зашили. Затем проверили данные наружного исследования, во время которого определили заметную схватку, побрили лобок и наружные части, тщательно обмыли *genitalia*, сделали катетеризацию пузыря, получили 50 см³ янтарно-желтой, мутноватой мочи. Ректальное исследование: таз пустой, шейка гладка, наружный зев вмещает кончик пальца. Мыс далеко. Предлежит головка, подвижная, над входом в таз.

Итак больная в самом начале родового акта, припадков было 5, общее состояние удовлетворительное. И мы остановились на консервативном лечении.

Нет сомнения, из всех консервативных методов лечения эклампсии самый известный и распространенный — метод Строганова. Он основан на предупреждении припадков путем дачи наркотических. Морфий введен в терапию эклампсии *G. Veit'*ом; заслуга проф. *В. В. Строганова* в том, что он разработал наркотический метод, создал своеобразную схему лечения и много лет с большой энергией проводит свой метод как у нас, так и за границей и сообщает о весьма хороших результатах применения его. В чем же состоит метод Строганова? В него входят следующие пункты:

1) Возможное устранение всяких раздражений — следовательно, покойная, затемненная комната, устранение всякого шума; наружные и внутренние исследования ограничиваются абсолютно необходимым и делаются, равно как катетеризация и впрыскивание морфия, под легким хлороформным наркозом.

2) Купирование припадков наркотическими средствами: морфием, хлорал-гидратом и хлороформом. Для случаев средней силы рекомендуется следующая схема:

Начало лечения: 0,015 (0,01—0,02) morphii purificati под кожу, Через час—2,0 хлорал-гидрата в клизме. Через 3 часа от начала лечения—0,015 морфия под кожу. Через 7 час. 2,0 хлорал-гидрата. Через 13 час.—1,5 хлорал-гидрата. Через 21 час опять 1,5 хлорал-гидрата.

Таким образом, в течение суток вводится 0,03 морфия и 7,0 хлорал-гидрата (в тяжелых случаях у крепких женщин разрешается дойти до 0,04 морфия и до 9,0 хлорал-гидрата). Хлороформный наркоз широко применяется в начале лечения, реже позднее — для купирования припадков при наличии предвестников их, а также исследованиях и операциях. Хлорал-гидрат вводится с молоком или со смесью молока и физиологического раствора поваренной соли (100-200 см³).

3) Ускоренное, но обыкновенно не форсированное родоразрешение: щипцы, поворот, извлечение, разрыв оболочек.

4) Поддержание жизненных процессов и правильной деятельности главных органов: а) легких — соответственным положением больной, а при грозящем отеке легких — переменным положением, тщательное очищение рта и носа во время и после припадков, устранение всех стесняющих дыхание влияний; чистый воздух, кислород после припадков; б) сердца — введение молока (500—600 см³) и физиологического раствора поваренной соли (400—500 см³ около литра в сутки, дигиталис (digalen) при мягком и частом пульсе 110 в минуту и более); возбуждающие при слабости сердца; в) почек — теплое содержание, грелки к ногам (бойся ожогов!) и на область почек (последнее особенно при малом количестве мочи), введение молока и физиологического раствора соли.

Этот первоначальный свой метод *В. В. Строганов* в дальнейшем дополнил, прибавив к нему следующее:

5) Если, несмотря на применение *lege artis* вышеизложенного лечения, припадки повторяются 2—3 раза, следует делать кровопускание около 400 см³, не прерывая профилактического лечения.

Кровопускания можно повторить в количестве 200—400 см³.

6) Дальнейшее усовершенствование профилактического метода для тяжелых случаев состоит в усилении наркотического лечения в первые часы, а именно: назначение морфия и хлорал-гидрата в высших указанных дозах, иногда с более короткими промежутками, а также более энергичное применение хлороформного наркоза.

7) Только там, где вышеизложенное лечение не прекращает припадков, показывается форсированное родоразрешение.

Сам *В. В. Строганов* ни в одном случае не нуждался в применении форсированного родоразрешения в течение последних 5 лет.

„Руководящим принципом лечения является прекращение припадков, ибо в них опасность эклампсии, и поэтому они должны быть прерваны во что бы то ни стало. Лечение недостаточно, если припадки продолжают. Профилактическим оно будет лишь тогда, когда ставит себе целью предупредить припадок. Искусство применения профилактического метода состоит в создании обстановки и условий и во введении такого количества наркотических, которое прерывает припадки, но не переходит границы, опасной для жизни данной пациентки“.

Я изложил вкратце суть лечения эклампсии по *Строганову*. Автор утверждает что это лечение, при тщательном уходе за больной, в течение 24, даже 48 часов дает исцеление почти с абсолютной точностью в незапущенных и неосложненных случаях. „Я знаю немного болезней, где лекарственная терапия оказывала бы более блестящие результаты, чем при эклампсии“. *В. В. Строганов* еще в 1921 г. представил сборную статистику 2208 случаев эклампсии, леченных по его способу 33-мя авторами, с 216 смертными исходами (9,8%). В той же работе *В. В. Строганов* сообщает о непрерывном ряде 156 собственных случаев без смертности.

Не подлежит сомнению, что „метод Строганова“ давал и продолжает давать в руках автора и в целом ряде клиник у нас и за границей хорошие результаты. Вряд ли удастся снизить смертность до 0, как надеется автор, хотя бы уже по той причине, что к моменту поступления в учреждение 5% больных эклампсией имеют „такие глубокие изменения внутренних органов, при которых жизнь невозможна“ (*Stöckel*). Вот почему в предыдущих беседах я и подчеркивал, что борьба с эклампсией в значительной степени должна быть перенесена из родильной комнаты в амбулатории, поликлиники, консультации беременных и стационары для беременных, что центр тяжести этой борьбы не в борьбе с припадком, как таковым, не в предупреждении следующего припадков тем или иным способом или лекарством, а в предупреждении самого гестоза в начале беременности, в борьбе с отеками беременной женщины, в предупреждении нефропатии у отечной беременной в предупреждении преэклампсии и эклампсии у беременных, страдающих нефрозом. Вот где широкое поле для профилактической деятельности врача-акушера, вот где должна вестись и уже ведется борьба с бичом рожавшей женщины — с эклампсией.

Если же в поле зрения врача попадает беременная женщина или роженица с уже разразившейся эклампсией, то врач стоит перед необходимостью тут же решиться на ту или иную терапию, но эта терапия никоим образом не будет

терапией профилактической, а будет — пока нам в точности неизвестен патогенез эклампсии—терапией симптоматической.

Немедленное родоразрешение тем или иным оперативным способом, абсолютное невмешательство в родовой акт при одновременном лечении разными медикаментозными средствами с кровопусканием или без него — „терапия средней линии“, т. е. комбинация консервативного лечения с ускорением родоразрешения—вот три расходящихся пути, и на перекрестке их стоит врач и должен выбрать для своей больной тот путь, который его приведет к желанной цели, к спасению матери и ребенка от страшного недуга.

Не мало клиницистов и врачей идут по пути крайнего активизма, большое число придерживается выжидательно-консервативного образа действий, наибольшее же число авторов и учреждений склонны к „терапии средней линии“, кладя в основу своих действий индивидуализацию каждого отдельного случая. В дальнейшем я себе позволю привести некоторые цифровые данные о результатах всех 3 методов лечения эклампсии и изложить свою точку зрения на терапию ее. Здесь же спросим себя прямо: по какому пути мы пойдем?

Мы не считаем, что каждый акушер должен быть строгим приверженцем одного из основных 3 направлений в терапии эклампсии, мы противники всякого трафарета в медицине; в основу наших действий мы кладем не шаблон, а индивидуализацию. В каком же состоянии больная? После припадков она мирно спит. Общее состояние ее вполне удовлетворительное.

Вскоре, в 16 час. 55 мин. — припадок эклампсии, 6-й, средней силы, продолжительностью в одну минуту. Сделана лекарственная клизма: 50 см³ 4% раствора хлорал-гидрата (подогретого). Схватки редкие, слабые. Сердечные тоны плода ясные, слева ниже пупка. Роженица оставлена под постоянным контролем акушерки.

Произведен анализ мочи: цвет янтарно-желтый, мутноватая, уд. вес — 1033, реакция кислая. Индикан резко выражен. Уробилин ясно выражен. Желчные пигменты не обнаружены. Белок—28,5% Сахар не найден. Немного плоского, изредка почечный эпителий, 3—5 лейкоцитов, 2—3 выщелоченных эритроцита в поле зрения. Много гиалиновых и зернистых цилиндров.

Неправда ли типичный анализ! Цвет мочи обычно соломенно-, или янтарно-, или насыщенно-желтый. В тяжелых случаях моча становится темно-красной (кровоавой), даже коричневой (вишневой) от примеси к ней-крови. При обильном диурезе моча становится бледно-желтой. Вас поражает большое содержание белка в моче. Что при эклампсии наблюдается альбуминурия, известно давно. Еще в 1843 г. на это явление указали одновременно *Lever* и *Simpson*. Французским авторам комбинация эклампсии с альбуминурией была также известна (*Cahen, Bouchut, Rayer*). В работе *Devilliers* и *Regnaud* сказано буквально: „Chez toutes les femmes éclamptiques on trouve de l'albumine dans les urines“. Это правило не могут поколебать исключительно редкие наблюдения эклампсии без альбуминурии. *Tarnier* видел всего один такой случай, *Ahlbeck* из 113 случаев эклампсии также всего один случай. *Ingerslev* собрал из всемирной литературы всего 106 случаев эклампсии без белка в моче. Тут следует указать, что в случаях без альбуминурии белок обычно появляется во время припадков; по *Essen-Möller*'у „самое позднее“ ко времени первого припадков.

Что белок обычно вскоре после родов исчезает известно еще со времен *Rayer*'а. Количество белка подвержено значительным колебаниям: от 1-2 до 40-50‰. У нашей больной белка 28,5‰. Известны случаи более тяжелой альбуминурии: у *Essen-Möller*'а—48‰, у *Zangemeister*'а даже 75‰. Последний автор обращает внимание на то, что нет параллелизма между количеством белка и прогнозом. Больная с 75‰ белка выздоровела, другая с альбуминурией всего в 1,2‰ умерла. При большом количестве белка мочи обычно выделяется мало. Это подметил еще в 1824 г. американец *Lymann*. Что после родов обильно диурез повышается, я уже говорил. Нередко поражает количество выделяемой мочи: настоящая „*Harnflut*“ немецких авторов. Иногда при эклампсии мы находим при существующей альбуминурии полное отсутствие патологических форменных элементов; чаще же в осадке наблюдаются кровяные тельца, как лейкоциты, так и эритроциты, жирноперерожденные эпителии и наконец, цилиндры гиалиновые, восковидные, зернистые, цилиндры, покрытые эпителиальными клетками, что, по *Bar*'у, объясняется прохождением через почки токсических веществ. У нашей больной мы видим много гиалиновых и зернистых цилиндров.

После 6-го припадка (16 час. 35 мин.) больная лежит в полной коме. Дыхание ровное, глубокое. Пульс 92, напряжен. Мы измерили кровяное давление — максимум 160 мм по Рива-Роччи.

Кстати о кровяном давлении. Я уже сказал, что оно при преэклампсии и эклампсии почти всегда повышено. Лишь в виде исключения находят давление нормальным. Важно, что оно, как правило, повышается непосредственно перед припадком и во время его. *Bar* указывает, что не столь важно повышение кровяного давления само по себе, сколько повышение минимума давления. Сокращение амплитуды между минимумом и максимумом до 4—5 мм чрезвычайно серьезно; увеличение амплитуды прогностически благоприятно, особенно если оно основано на понижении минимума. *De Snoo* видит в повышенном давлении важный дифференциально-диагностический симптом эклампсии. Причину повышения давления видели в расстройствах почечного кровообращения (*Chiriè*), другие авторы в спазмах мелких сосудов (*Hinselmann, Linzenmeier*), в задержке хлоридов (*Bar*). По *Günther Schwarz*'у (1929) повышение кровяного давления во время беременности и родов — наиболее верный симптом близкой эклампсии. Все симптомы эклампсии и преэклампсии могут отсутствовать, кровяное давление всегда повышено. Типичны для преэклампсии колебания кровяного давления. Не так важна постоянная гипертензия, как внезапные скачки кровяного давления, особенно во время схваток. Вот почему чрезвычайно важно избегать всего, что может повысить внутричерепное давление и повысить кровяное давление. Опорожнение матки дает понижение давления на 15—20 мм.

В 18 час. — 7-й припадок. Коматозное состояние продолжается.

Согласно схеме *Строганова* мы в 19 час. 35 мин. впрыснули 1 см³ 1,5% раствора морфия под кожу. Больная спит. Комната, в которой находится больная, затемнена; мы стараемся избежать всякого шума, говорим шепотом. Легкой пальпацией живота убеждаемся, что схватки редкие и слабые.

В 23 часа 30 мин. больная начала беспокоиться, пришла в себя, озирается, просит пить, жалуется на сильную головную боль. Во времени и пространстве она не ориентируется. По приглашению помочиться испустила 100 см³ мочи. Сознание смутное, временами проясняется. Мы предложили ей молока, она охотно выпила полчашки. В молоке мы предварительно развели 0,15 люминаля. Вскоре больная уснула и проспала до 2 час. ночи. Все время было установлено за ней наблюдение; схватки редкие, сердечные тоны отчетливые, пульс 90.

В 2 часа 35 мин. введено в клизму 2 г хлорал-гидрата (50 см³ 4% раствора). Больная проспала до утра.

11 августа в 11 час.: общее состояние роженицы вполне удовлетворительное. Сознание есть, временами смутное. На вопросы отвечает, но вяло. Т.—36,8°. Пульс 88, напряжен. Отеки немного усилились. Схватки через 8 мин. несколько сильнее. Головка вставилась во вход в таз, неподвижна. Сердечные тоны слева, ясные. Больная жалуется на головную боль, особенно в области лба.

В 14 час.—больная в сознании, жалуется на головную боль. Отечность увеличилась на нижних конечностях, появилась на покровах живота. Схватки сильные, через 5 мин. Мочевой пузырь наполнен.

Правильно-ли мы ведем роды?

1. Нет, роды затянулись, отеки усиливаются, надо поспешить с родо-разрешением.

2. Наоборот, припадки прекратились, сознание вернулось, роды идут физиологически. Надо продолжать метод *Строганова*.

Естественно желание закончить роды. Они уже длятся сутки. Мы не знаем, каково открытие. Ведь при эклампсии мы избегаем исследования как вагинального, так и ректального. Может быть, открытие полное, мы разорвем пузырь, наложим щипцы. С другой стороны естественно желание избежать вмешательства. Ведь настоятельных показаний к немедленному родоразрешению нет: припадков уже нет целых 20 часов, кома прошла, роженица в сознании, интенсивная родовая деятельность обещает скорый конец родового акта. Подождем!

В 16 час. больная помочилась, 300 см³ мочи.

Обратите внимание: 300 см³ мочи в конце родов — это ли не благополучный прогностический симптом?

В 16 час. 10 мин. на высоте схватки отошли воды в умеренном количестве. Сердечные тоны ясные. Головка в полости таза, общее состояние вполне удовлетворительное. Сознание полное.

В 17 час. 30 мин. начались потуги.

В 18 час. 10 мин. родилась не вполне доношенная девочка, без асфиксии, весом в 2700 г, длиною в 48 см.

В 18 час. 40 мин. началось порядочное кровотечение и родился послед без дефектов. Матка сократилась хорошо, кровотечение остановилось. Роженица в полном сознании, жалуется на усталость и головную боль. Пульс 88, ровный, умеренного напряжения.

Обратите внимание на течение послеродового периода. Он при эклампсии обычно не нарушен, протекает быстро и гладко. Правда, есть указания, что кровопотеря в нем превышает обычную. Так *Günther Schwarz* говорит, что при преэклампсии, и особенно при эклампсии потеря крови в послеродовом периоде большею частью больше, чем в нормальных родах, в среднем вдвое больше: 525—550 см³ против 250 см³ у здоровых. Большую кровопотерю он считает благоприятным прогностическим симптомом. Малая кровопотеря в послеродовом периоде при значительных явлениях преэклампсии означает опасность послеродовой эклампсии.

Не правда ли, интересное наблюдение, заслуживающее проверки!

Все течение родов давало нам основание ставить благоприятный прогноз, и наши надежды оправдались.

Уже на другой день после родов самочувствие роженицы хорошее, единственная жалоба — головная боль. Сознание полное. Зрение почти нормально. Т. нормальная, ни разу не повысилась в послеродовом периоде. Пульс колебался между 80 и 98, полный, не напряженный. За первые сутки послеродового периода количество мочи уже 1200 см³, за вторые 2500 см³. Анализ мочи 11 августа: белок—15‰. Лейкоциты—8—15 в поле зрения, часто небольшими группами. Единичные эритроциты и клетки почечного эпителия, много гиалиновых, зернистых и восковидных цилиндров. Клетки плоского и круглого эпителия в значительном количестве.

На 3-й день после родов прошла головная боль. Мочи много. Инволюция матки хорошая. Ко дню выписки в моче остались следы белка.

20 августа, на 9-й день после родов, роженица выписалась домой с ребенком.

Интерес случая: В клинику доставляется 26-летняя первороженница, заболевшая дома судорожными припадками. Типичная эклампсия. Кровопускание в наркозе. Роды ведутся по Строганову. Припадки прекращаются: их всего 7. Кома проходит. Роды завершаются спонтанно.

Случай 95-й

Е. М. К., 21 года (№ приемного журнала 7936), доставлена в клинику скорой помощью 17 марта 1929 г. в 9 час. в бессознательном состоянии. Сопровождающая больную родственница сообщила, что больная беременна впервые, что беременность не вполне доношенная, что последний месяц К. жаловалась на отеки ног и последние несколько дней на головную боль. Вчера вечером у К. начались схваткообразные боли в животе, вместе с тем появились судорожные припадки, повторившиеся всю ночь до утра. Всего припадков было 15, несколько раз после припадков изо рта выделялась пена, окрашенная кровью. 2 раза была рвота. С полночи больная без сознания. Так как припадки не прекращались, родственницей был вызван санитарный транспорт, которым больная и доставлена в клинику в 9 час.

В приемном покое введены под кожу раствор морфия (0,015).

Больная перенесена в родильную, где мы и приступили к исследованию.

Перед нами цветущая женщина, хорошо упитанная, светлая блондинка, в бессознательном состоянии. Т.—36,9°, Пульс 108, не напряженный. Дыхание ровное, глубокое. Глаза закрыты, зрачки узкие, цвет радужный светло-серый. Живот увеличен соответственно доношенной беременности. Пушок слажен. Пигментация слабо выражена. Полосы беременности скудны. Резкая отечность стоп и голей. На левой ноге в области коленного сустава спаянный с костью рубец, повидимому травматического происхождения.

Дно матки на 2 пальца ниже меча, в дне — ягодицы, спинка справа. Головка малым сегментом во входе. Сердечные тоны справа ниже пупка, ясные, 136 в мин.

Размеры таза: dist. spin.—26 см; dist. crist.—29 см; dist. troch.—34 см; conj. ext.—20 см; conj. lat.—16 см.

Родовая деятельность слабая.

Каков диагноз? Что делать?

1. Имеется, несомненно, эклампсия. Ввиду тяжелого состояния надо немедленно кончить роды, притом, если только возможно, через естественные родовые пути.

2. Мы припадков не видели, но весь *habitus* больной говорит за эклампсию. Случай тяжелый; показано кесарское сечение.

3. Мы не имеем данных ректального исследования. Пока нельзя еще говорить о способе родоразрешения. На первом плане стоят мозговые явления. Показана лумбальная пункция.

4. Нечего спешить с родоразрешением. Больную надо вести по Строганову.

Больше всего нас поражает факт, что больная, живя в центре Ленинграда, проводит целую ночь дома в припадках судорог, доходит до тяжелой комы и доставляется в клинику только после 15 припадков. Тут изумительно хладнокровие близких. Но вот больная в родильной. Припадков мы еще не видели, но вид больной, коматозное состояние, отеки, — все говорит за эклампсию. Далее нас поражает пульс, не обычный для эклампсии — редкий и очень напряженный, а частый и ненапряженный. Вся клиническая картина стоит под знаком комы: тяжелые мозговые явления дают фон всей картине. Ясно, что помощь нужна неотложная. Но в чем она должна состоять? Есть предложение подвергнуть больную консервативному лечению по Строганову, с другой стороны, предлагается ускорить родоразрешение через естественные родовые пути, наиболее активные из нас высказываются за немедленное родоразрешение путем кесарского сечения. Тут решиться на что-либо нелегко, тем более, что мы не знаем, насколько подготовлены родовые пути.

Мы дали осторожный хлороформный наркоз, побрили наружные части и лобок, обмыли их, выпустили мочу (100 см³) и приступили к ректальному исследованию. Наружные части без отклонений от нормы. Полость таза пуста. Шейка сглажена, зев открыт на 1¼ пальца, края его тонкие. Пузырь цел. Головка небольшим сегментом во входе. Мыс далеко.

На что тут решиться?

Как часто именно при эклампсии врач-акушер задает себе этот вопрос! Какой линии держаться: крайне активной, крайне консервативной или средней линии? И если нередко вопрос этот решается просто и легко, то бывают случаи, где найти правильный путь очень трудно. Мы не должны притерпеваться какого бы то ни было трафарета, лишь тщательная оценка условий случая, взвешиваемое клиническое мышление могут тут помочь.

Терапия эклампсии! Тема старая, очень старая и вместе с тем вечно актуальная, тема еще неисчерпанная, вопрос, решаемый каждым врачом по-своему. Да может ли быть иначе? Ведь первопричина эклампсии нам до сих пор неизвестна. И если в прошлом в терапии эклампсии царила эмпирия, то в настоящее время, по мере освещения научной мыслью патогенеза ее, начинают появляться научно обоснованные предложения. Интересно, что многое, что предложено недавно и предлагается сейчас, не ново, а было применяемо при эклампсии нашими акушерскими дедами и прадедами. Читая старые учебники акушерства, читатель поражается этой терапии эклампсии, порожденной эмпирическим мышлением давно сошедших в могилу врачей. Тут и активизм, тут и кровопускание, тут и наркотические. И этот калейдоскоп мнений нас не поражает, — ведь почти неисчерпаемо разнообразие случаев эклампсии. Обилие разнородных предложений понятно еще потому, что именно при эклампсии нет и не может быть места врачебному нигилизму. Слишком велика опасность, в которую ввергает молодую женщину страшная болезнь, и слишком понятно желание врача так или иначе помочь ей в тяжкие часы болезни.

Самая старая терапия, получившая широкое распространение, заключалась в кровопускании. Знаменитый *Mauriceau* ввел этот метод, в дальнейшем забытый и вновь воскрешенный *Zweifel*'ем и ныне принятый большинством современных авторов. Предложенный в Англии и Америке наркоз был горячо рекомендован в Германии такими корифеями акушерской науки, как *Scanzoni*, *Spiegelberg*, *Schröder*: они применяли длительный, полный хлороформный наркоз. *Essen-Möller* приводит случай *Gueniot*: больная за 6 часов получила 360 г хлороформа. Англичане ввели в терапию эклампсии сильно действующее слабительное, особенно каломель; большим уважением пользовалось лечение мочегонными. Теплые ванны, обертывания, пилокарпин применялись в целях повышения пототделения.

С другой стороны и активное вмешательство предлагалось такими авторами, как *Mauriceau*, *Delamotte*, *Deleurye*, *Puzos*, *Deleurye* говорит: *Sublata causa tollitur effectus. C'est la presence de l'enfant qui cause le mal; sa sortie est donc le seul remède* (цит. по *Essen-Möller*'у). Отсюда и пошла активная терапия, встретившая, однако, решительное сопротивление со стороны многих видных врачей того времени. И все же десятки лет господствовала активная терапия эклампсии. С этой эпохой тесно связано имя *Dührssen*'а, введшего свое влага-

личное сечение как метод выбора в терапию эклампсии. И действительно в клиниках, перешедших к активному методу, смертность сразу пала: у *Zweifel*'я с 32,6 до 15%, у *Bumm*'а с 30 до 12%. Успех был столь разительный, что *Bumm* мог сказать свое знаменитое изречение: *die sofortige Entbindung ist die beste Eklampsiebehandlung*. Кесарское сечение в разных видах стало в руках многих главным орудием борьбы с эклампсией. Лично я пережил увлечение влагалишным кесарским сечением и могу засвидетельствовать, что результаты не были ободряющими. Постепенно во многих клиниках и больницах наступила реакция против абсолютно активного образа действий, вернее, против „скорого родоразрешения“. Некоторые объяснили плохие результаты слишком поздним производством операции, а потому „скорое родоразрешение“ старались заменить „ранним родоразрешением“. Стали требовать оперативного разрешения после первого же припадка (*Frühentbindung*). Но таким ли благоразумным оказалось „раннее родоразрешение“? *Lichtenstein* указал на послеродовые эклампсии как на идеально „ранне“ разрешившиеся. Но, к сожалению, и послеродовая эклампсия не может быть названной всегда легкой. В следующей беседе я изложу сравнительные цифровые данные обоих направлений, консервативного и активного.

Возврату к консервативному ведению родов при эклампсии более всех авторов способствовал *В. В. Строганов*, настойчиво предлагавший свой метод как наиболее совершенный. Метод Строганова я подробно изложил в предыдущей беседе. Наркотиками, применяемыми *Строгановым*, являются, как вам известно, хлорал-гидрат, впервые предложенный *Charpentier*, и морфий, введенный в терапию эклампсии еще в 1859 г. *Scanzoni* и особенно *G. Veit*'ом.

Результаты строгановского метода были весьма ободряющи. К его методу *Zweifel* добавил кровопускание, — прием, вначале отвергнутый, а потом принятый самим *Строгановым*.

Удивительно, что *Zweifel* с кровопусканием вначале получил те же блестящие результаты, что и *Строганов* со своим методом. Но, увы, в дальнейшем результаты стали хуже. *Essen-Möller* сообщает, что та же судьба постигла целый ряд предложенных методов лечения эклампсии: сперва значительное снижение смертности, потом ухудшение результатов.

Много лет тянулся спор между представителями того или иного метода. Много лет продолжалась литературная борьба между приверженцами активного метода, пропагандистами крайнего консерватизма и сторонниками кровопускания.

Я не хочу приводить здесь бесконечных статистик; скажу лишь, что нельзя основываться только на них. Нет безупречной статистики, тем более что каждый автор пользовался то в большей, то в меньшей мере „чистой“ или „редукцией“ своих статистических данных.

Во многих клиниках надолго воцарилась комбинация наркотического лечения с кровопусканием — метод Строганов — *Zweifel*'я.

Выжидательный метод имеет свои преимущества. Школа *Zweifel*'я следующим образом уточняет выгоды консервативного метода: 1) многие экламптики выздоравливают интеркуррентно, 2) исключается возможность нанесения смертельных повреждений, 3) остающиеся в живых не уносят с собой травматических повреждений, 4) смертность матерей и детей понижается наполовину, 5) практический врач может этими методами лечить эклампсию более целесообразно, чем оперативным путем.

Изучение многочисленных отчетов о лечении эклампсии приводит к следующим выводам (*Essen-Möller*):

1) что один и тот же метод в разных клиниках дает разные результаты, 2) что один и тот же метод в одной клинике дает в разное время разные результаты,

3) что активный метод в некоторых клиниках дает те же хорошие результаты, как консервативный метод в других клиниках.

Неудивительно после этого, что нет возможности дать принципиальное предпочтение тому или иному методу для всех случаев эклампсии. Слишком велико разнообразие их, а потому многие авторы стали требовать индивиду-

ально различного подхода к отдельному случаю. Легкие случаи считали возможным лечить консервативно, тяжелые же родоразрешать оперативно. *Engelmann* первый заговорил о „терапии средней линии“. Его примиряющий метод лечения стал для многих приемлемым. И все же современные результаты никого не могут удовлетворить. Нет ничего удивительного поэтому, что современные авторы во главу угла ставят теперь не терапию эклампсии, а профилактику ее. В ряде бесед я указывал на первенствующее значение профилактики в борьбе с эклампсией. Эта ранняя профилактика, подробно мною изложенная, есть могучее орудие борьбы с эклампсией. Правда, в некоторых случаях, по видимому, и она оказывается бессильной предотвратить тяжелые явления преэклампсии. Вот почему в тяжелых случаях эклампсизма уже давно советовали применять активную профилактику, а именно прерывание беременности. Во Франции (*Jacquier, Tarnier, Pinard, Ribemont-Dessaigne*), в Германии (*Scanzoni, Hofmeier, Winter*), в Италии (*Pestalozza*), в Швеции (*Essen-Möller*) прерывают беременность во избежание эклампсии. В Швеции особенно в ходу прокол плодного пузыря. Из 1000 случаев преэклампсии в 73 *Essen-Möller* произвел разрыв оболочек.

И все же, как бы мы ни проводили профилактику эклампсии, в повседневной работе врача-акушера всегда будут встречаться случаи эклампсии, и каждый врач должен выработать свою линию поведения.

На что же решиться? Что же предлагает современная наука в деле лечения эклампсии, кроме уже упомянутых методов?

Многими авторами получены хорошие результаты от применения люминала. Клиника *Döderlein*'а вводит его (0,4) в водном растворе подкожно, дают его и per os, per rectum; мы охотно пользуемся этим наркотиком, заменяя им хлорал-гидрат. Мы даем его per os, если больная в сознании, в клизме, в растворе при бессознательном состоянии или еще лучше через нос с помощью мягкого катетера. Pro dosi мы даем всего лишь 0,15—0,3.

Предложен был и *Hirudin* (0,2 под кожу), но распространения пока не получил (*Engelmann, Sesse, Dienst*), амиленгидрат (*Härle*), бром (*Féré*), *veratrinum viride*, гедонал (*Попос*), пилокарпин (*Levy-Solal, Tzanek, Васильев, Слюнин, Стризовер, Масловский*), аспирин (*Соловьев*), вдыхания кислорода (*Фавр, Чукинин*), веронал. Большое внимание уделяется сернокислой магнезии. В клинике *Döderlein*'а дают 10 см³ 25% раствора внутримышечно. *Lyle Mc Neile* и *Gohn Vinwink* (Los-Angeles) рекомендуют внутривенное вливание 10% раствора *magnesium sulfuricum*, считая лечение совершенно безопасным, в коматозном состоянии правда безуспешным.

Lazard, Irwin и *Vinwink* впрыскивают его ежечасно до прекращения припадков и падения кровяного давления и сообщают о снижении смертности с 36 на 14,8%. *Wodon* (Брюссель) дает раствор через час по 3—4 см³ до 25 г в течение суток, видит улучшение после первого впрыскивания.

Thalhimer (Америка) лечит эклампсию (без судорог) инсулином. *Levy* (Нью-Йорк) находит при эклампсии так же, как и при преэклампсии, уменьшение сахара в крови, а поэтому рекомендует вводить 500—100 см³ 10% глюкозы с прибавлением 1 единицы инсулина на 3 г глюкозы. *Zangemeister* предлагает внутримышечные впрыскивания 10% раствора желатины. *Siedentopf, H. Küstner* применяют *thuxoin*. Причину благоприятного действия они видят в повышении обмена и значительном увеличении диуреза. Снижается альбуминурия (в одном случае количество белка упало с 32 до 5‰). *R. Freund* видел успех при лечении лошадиной сывороткой. *Mc Mahon* (Нью-Йорк) лечит эклампсию внутривенными или межмышечными впрыскиваниями 40—100 см³ кровяной сыворотки экламптичек. При этом определение кровяной группы и реакция Вассермана обязательны. Предлагают и переливание крови. *Willon* (Калифорния) рекомендует внутривенные вливания соды (300—600 см³ 3% раствора). *Gutbrod* видел успех от иодистого калия.

Bockelmann и *Dieckmann*, установив факт нарушения углеводного обмена при эклампсии, предложили применять гипертонический раствор виноградного сахара. По *Schmorell* (1931) лечение виноградным сахаром устраняет припадки, возбуждает диурез и благотворно влияет на углеводный обмен и обезврежи-

вающую функцию печени. *Bockelmann* и *Dieckmann* применяют большие количества 40% раствора виноградного сахара, *Schmorell* 12% раствор и одновременно инсулин и *Iuphyllin* (последний для повышения диуреза). *Gesa Schey* (1931) рекомендует подкожные впрыскивания тимофизина (усиление розовой деятельности без повышения кровяного давления).

Недавно (1932) проф. *Савич* и д-р *Сперанская* доказали экспериментально на собаках, что морфий задерживает диурез до полной анурии, при чем задерживается главным образом водная часть мочи.

Они предлагают при эклампсии заменить морфий сернокислой магнезией. *Д. П. Бровкин* (1932) вводит при эклампсии 3% раствор *magnesium sulfuricum* в количестве 200 см³ подкожно и повторяет вливания до 4 раз в сутки. Одновременно с этим он рекомендует внутривенное вливание одного литра видоизмененного им рингеровского раствора: *natri bromati* 1,5, *kali chlorati* 0,2, *calcii chlorati* 1,0, *natri bicarbonici* 0,2, *glycosae* 45,0, *aq. destillatae* 1000,0. В моей клинике мы в ряде случаев применяли подкожные вливания *magnesium sulfuricum* и вынесли благоприятное впечатление.

Stöckel рекомендует после обычного кровопускания (500—1000 см³) вливать в вену то же количество физиологического раствора или, лучше, рингеровского раствора.

Принимая во внимание пониженную щелочность и ацидоз крови, *Zweifel* советует, после промывания желудка, наполнить его подогретым лимонадом или виннокислым лимонадом с прибавлением сахара. Еще более действительными он считает подкожные вливания 1000 см³ физиологического раствора поваренной соли, к которому прибавлено 5 г двууглекислой соды. *Paramore* (Англия) видел полное прекращение припадков после люмбальной анестезии, произведенной в хлороформном наркозе.

Интересно предложение *Sellheim*'а удалять грудные железы. Вряд ли найдется много врачей, которые решатся из теоретических соображений на экстирпацию грудей.

Latzko предложил делать сразу после родоразрешения выскабливание *deciduae*. Его примеру последовали *Fellner*, *Heinze* и *Albeck*. *Fellner* видел даже прекращение послезекламптического психоза вслед за выскабливанием задержавшихся остатков последа. *Zangemeister* предложил даже экстирпировать матку. Тот же *Zangemeister* пытался снизить мозговое давление трепанацией черепа.

Не подлежит сомнению, что последние из перечисленных предложений вряд ли найдут последователей. Другое дело — люмбальная пункция. Этот метод рекомендует особенно *Volard*. При ярко выраженных мозговых явлениях, при коматозном состоянии я его горячо рекомендую. Наступающее после пункции улучшение состояния больных говорит в пользу метода. Пункцию делают в наркозе; в положении на боку медленно выпускают 30—40—60 см³ спинномозговой жидкости. *Essen-Möller* применил этот метод 12 раз, в 5 из них припадки прекратились сразу после пункции. В одних случаях он находил давление спинномозговой жидкости нормальным (120 мм), или лишь несколько повышенным (140 мм), в других давление было резко повышено (200—300 мм). Примесь крови к спинномозговой жидкости указывает на внутричерепное кровоизлияние, в таких случаях пункцию следует считать противопоказанной.

Zangemeister с этой же целью рекомендует субокципитальную пункцию. При полной анурии вступает в свои права предложенная *Edebohls*'ом декапсуляция почек. В некоторых случаях успех был полный, в других больные все же погибали. Я лично знаю молодую женщину (К. И.), перенесшую после первых родов с эклампсией двустороннюю декапсуляцию почек (в Колпине). Спустя несколько лет она благополучно разрешилась в моей клинике вторым ребенком. Экспериментальные исследования *Гаврилова*, *Ильина*, *Варищева* показали, что эта операция повышает диурез. За это же говорят клинические наблюдения *Скробанского* и *Прозоровского*.

Уже беглый просмотр предложенных методов лечения эклампсии может ошеломить начинающего врача. Что же он должен отбросить, как непроверенное, ненадежное, какие методы он может принять как обещающие успех?

Из перечисленных мною методов и приемов рекомендую на основании личного опыта кровопускание при высоком давлении, дающее, как правило, благо приятные результаты. Метод Строганова очень хорош, как мы убедились в предыдущей беседе, конечно, при условии тщательной индивидуализации и отказа от шаблона. Горячо рекомендую заменить хлорал-гидрат люминалем. При мозговых явлениях, экламптической коме я видел хорошие результаты от применения люмбальной пункции. Ускорять ли родовой акт в конкретном случае, спешить ли родоразрешением, применяя ту или другую родоразрешающую операцию, все это следует ставить в зависимость от тяжести случая, от степени комы, от количества и частоты припадков, от высоты кровяного давления, состояния сердца и пр. Стремясь в принципе к окончанию родов, мы все же не будем принципиально проводить в каждом случае скорое родоразрешение, т. е. кесарское сечение немедленно вслед за поступлением, этим самым отказываясь от раннего родоразрешения, т. е. от производства кесарского сечения во что бы то ни стало после первого припадка. Этим мы себя признаем сторонниками „терапии средней линии“, которая, повидимому, и должна быть названа рациональной терапией эклампсии, до тех пор пока окончательно не будет снята пелена с патогенеза этого загадочного страдания.

Испытывать все рекомендованные методы бесцельно и вредно. Каждый врач должен, основываясь на опыте других и своем личном, определить свое личное отношение к терапии эклампсии. И если он, отбросив предвзятость, отбросив трафарет, подойдет к своей больной как врач-клиницист и человек и взвесит все условия и особенности случая, он найдет правильную линию поведения.

Подойдем же к нашей больной и обсудим, взглянем на нее спокойно и объективно (17 марта 10 час.). Она лежит в коме, дыхание глубокое и ровное. Пульс 108, ненапряженный. Кровяное давление около 125 мм. Временами появляется моторное возбуждение, больная приподнимается, начинает рукой чесать себе нос и щеки (подмеченный нами частый и характерный для эклампсии симптом).

Конечно, желательно ее разрешить как можно скорее через естественные родовые пути. Это сейчас невозможно: они не подготовлены. Брюшностеночное кесарское сечение привело бы сразу к цели. Это было бы „скорое“ родоразрешение (Schnellentbindung), а не „раннее“ родоразрешение (Frühentbindung): ведь дома было уже 15 припадков. Но разве состояние больной настолько тяжело, что не допускает мысли о консервативном лечении? Нет, оно не тяжело, к тому же мы сами не видели ни одного припадка, мы не знаем их частоты. А по сему выждем! Но „ждать“ — не значит ничего не делать. Мы должны бороться с эклампсией и именно с теми явлениями ее, которые наиболее грозны в данном случае. Тут на первом месте стоит не высокое кровяное давление, а мозговые явления (кома, моторное беспокойство, чесание носа). А посему от кровопускания мы воздержимся и решимся на люмбальную пункцию как на метод, дающий хорошие результаты именно при явлениях со стороны центральной нервной системы. Одновременно мы введем наркотические, лучше всего люминал.

В 11 час. под легким наркозом, в положении на боку, без труда удалась люмбальная пункция. Прокол сделан „иглой для люмбальной анестезии“ между III и IV поясничными позвонками.

Под значительным давлением вытекло 47 см³ спинномозговой жидкости. Игла извлечена, на место укола наложена ватка, смоченная коллоидом. Вслед за этим мы развели 0,3 люминала в 50 см³ теплого молока, мягкий катетер введен через нос в глотку, через него влито молоко с люминалом. Катетер удален.

За больной установлено тщательное наблюдение.

12 часов. Припадков не было. Больная спит спокойно, проявляя некоторое беспокойство лишь во время схваток. Схватки участились, через 8—5 мин. стали сильнее. Головка во входе в таз. Сердечные тоны ясные, справа ниже пупка.

Вот уже 4 часа прошло с поступления без припадков, без ухудшения состояния больной.

Каков прогноз?

1. Припадки обязательно возобновятся. Придется родоразрешать.
2. Может быть припадков не будет, роды завершатся спонтанно.

Гадать мы не будем. При эклампсии мы пока не можем ставить безошибочной прогностики. Но уже то, что припадки в течение многих часов не насту-

пают, что моторное беспокойство стихло, что мочи было в пузыре 120 см^3 — скорее утешительные признаки.

Кстати анализ мочи: цвет зелено-желтый, прозрачность мутная. Уд. вес.—1025, реакция кислая; Индикан в норме, уробилин—резко выражен. Белка по Essbach'у— 20% . В осадке единичные эритроциты, лейкоцитов 5—10 в препарате. Гиалиновых цилиндров—5—8 в препарате.

Будем ждать.

16 часов. Припадков не было. Сильные схватки. Роженица проснулась, жалуется на сильную головную боль. Видит хорошо. Не ориентируется в окружающем.

20 часов. Отошли воды, чистые, схватки частые, сильные, принимают потужный характер. Головка в полости. Сердечные тоны ясные. Полусознательное состояние. Спокойна.

20 час. 30 мин. Родился плод женского пола, сразу закричал. Вес плода 2600 г, длина 49 см.

24 час. Родился послед, без дефектов. Кровотечение умеренное. Матка хорошо сократилась. Больная уснула.

18 марта. Припадков не было. Сознание помрачено, на вопросы отвечает отчетливо, жалуется на головную боль. К вечеру (за сутки) выделилось 300 см^3 мочи.

Течение послеродового периода гладкое. 19-го мочи было уже 1350 см^3 , 21-го— 1650 см^3 , 21-го белка было уже только $0,16\%$. В осадке единичные обломки восковидных цилиндров. Т-ра все время нормальна.

27 марта родильница выписалась здоровой, с ребенком.

Интерес случая. Доставляется молодая первородящая в коматозном состоянии, в периоде раскрытия. Дома 15 припадков. Кровяное давление не повышено. Ввиду резко выраженных мозговых явлений производится люмбальная пункция. Из наркотиков—люминал. Припадки не возобновляются. Роды ведутся консервативно. Самопроизвольное родоразрешение. Выздоровление.

Мы применили люмбальную пункцию с хорошим успехом. Чем объяснить благое действие этого метода при эклампсии в точности не выяснено. Происхождение самого судорожного припадка некоторыми авторами (Zangemeister и др.) объясняется „высоким внутричерепным давлением“. Эта теория основана на косвенных данных, как то находимый при вскрытиях отек мозга и мозговых оболочек, высокое давление liquor'a в люмбальном отделе при пункциях, высокое артериальное давление. Прив.-доцент Шполянский и д-р Южелевский проверили эту теорию в моей клинике путем точных манометрических измерений. Осуществить эту работу авторы получили возможность лишь в недавнее время (1931—32) благодаря двум обстоятельствам: введению в клинические методы исследования субъокципитальной пункции и сконструированному в 1930 году д-ром Южелевским манометру для измерения внутричерепного давления. Игла Квинке вводилась при помощи субъокципитального укола в Cisterna magna; на нее насаживался манометр Южелевского, представляющий собою U-образно изогнутую трубку, наполненную дистиллированной водой. Манометр точно показывает как положительное, так и отрицательное давление в мм водного столба. Выводы, к которым авторы пришли, измеряя одновременно как внутричерепное так и люмбальное давление следующие: 1) внутричерепное давление при эклампсии не повышено, 2) нормальное внутричерепное давление в сидячем положении колеблется в пределах минус 100 мм водного столба до 0; в лежачем—в пределах плюс 40 до плюс 50 мм, 3) хлороформ. наркоз не снижает давления, 4) выпускание liquor'a дает лишь кратковременный эффект снижения давления во всем дуру-арахноидальном пространстве, независимо от того, откуда выпущен liquor, из люмбального отдела или черепного, 5) между внутричерепным и люмбальным давлением нет полного соответствия т. е. может быть повышенное люмбальное давление при нормальном внутричерепном

Случай 96-й

П. С. Б., 19 лет (№ приемного журнала 2610), доставлена в клинику 24 ноября 1928 года в 8 час. 50 мин. в бессознательном состоянии. Со слов доставившего больного мужа мы узнаем, что пациентка всегда пользовалась хорошим здоровьем; замужем она год, женскими болезнями не страдала. Последние месячные были в феврале. Беременность протекала вначале без особенностей; с 7-го месяца появились отеки на ногах, к началу ноября отеки усилились, отекал стали руки, лицо, низ живота. Она поступила в одну из больниц на излечение, но легче не стало. 22 ноября она выписалась; на следующий день стала жаловаться на головную боль, к вечеру очень сильную. Вечером легла спать; в 5 часов утра больная стала жаловаться на боль под дождечкой, после чего вскоре случился припадок судорог с потерей сознания, после которого больная пришла в себя,

жалуясь на сильную головную боль. Спустя 2 часа (7 часов) был второй такой же „страшный“ припадок, после которого она не пришла в себя. Пока вызывали скорую помощь, был 3-й припадок, по дороге в больницу 4-й. Мочилась под себя.

При поступлении: цветущая блондинка, хорошего питания, в бессознательном состоянии. Т. 36,8°. Пульс 80, напряжен. Лицо одутловато, глаза закрыты, зрачки узкие, слегка синюшна. Дыхание глубокое, шумное. Кисти рук отечны. Живот большой, окружность его 101 см. Слабая пигментация белой линии, полос беременности мало. Покровы живота в области пупка истончены, в нижнем его отделе резко отечны. Нижние конечности сильно отечны, имеется характерный твердый отек на внутренних поверхностях бедер. Матка соответствует доношенной беременности, высота дна — 36 см. Плод в продольном положении, предлежит головка, неподвижна во входе в таз. Сердечные тоны плода слева ниже пупка. Размеры таза: dist. spin.—27 см; dist. crist.—29 см; dist. troch.—31 см; conj. ext.—18,5 см; conj. lat.—14,5 см.

Во время наружного исследования 2 схватки, на расстоянии 5 минут.

Каков диагноз и прогноз?

1. Диагноз ясен: эклампсия в родах, в периоде раскрытия. Прогноз неизвестен, мы слишком мало наблюдаем за больной. К тому же исследование далеко не полное.

2. Прогноз скорее плохой, потому что припадки начались в начале родов, рано наступило коматозное состояние; необходимо измерить кровяное давление и сделать внутреннее исследование.

Диагноз не вызывает никаких сомнений: слишком характерны анамнез и вид больной. Первородящая — цветущая блондинка, резко отечная, в состоянии характерной комы; быстро следующие друг за другом припадки судорог, каких никогда до того не было, напряженный пульс, весь типический для эклампсии! Правда, мы не видели еще припадка, но мы имеем основания ждать его с минуты на минуту. Воды не отходили, схватки через 6 минут, не сильные; повидимому, идет период раскрытия. Для полноты картины мы должны срочно выяснить акушерский status, определить кровяное давление, исследовать мочу.

Вправе ли мы тотчас приступить к исследованию? Нет, сперва нужно больную занаркотизировать.

Действительно, наши манипуляции могут стать раздражителем, могут вызвать припадок, а поэтому они должны быть произведены в наркозе.

Мы дали нашей больной хлороформный наркоз, побрили наружные части и лобок, обмыли их и, после дезинфекции рук, приступили к исследованию. Наружные части отечны, выпущена моча в количестве 20 см³, насыщенная (в дальнейшем оказалось, что она содержит 3,50/100 белка и много гиалиновых цилиндров).

Per gestum: шейка сглажена, открытие — 1 палец, края зева тонкие. Пузырь во время схватки наливаясь. Предлежит головка, стоящая большой периферией во входе в таз неподвижно. Мыс достигается слегка согнутым пальцем.

В наркозе же мы измерили кровяное давление — максимум 150 мм. Наркоз прекращен (9 час. 25 мин.).

В 9 час. 40 мин. сильный припадок (5-й). Сильные тонические, длительные клонические судороги продолжительностью в 3 минуты, резкий цианоз. После припадка — глубокая кома, шумное дыхание.

В 9 час. 55 мин. опять припадок (6-й).

В 10 час. 15 мин. припадок такой же силы (7-й). Вырыснут под кожу раствор морфия (0,015).

Что делать?

1. Случай тяжелый: частые сильные припадки, кома, высокое кровяное давление. Нужно сделать кровопускание и люмбальную пункцию и в дальнейшем вести больную по Строганову.

2. Именно потому, что случай очень тяжелый, нужно поспешить с родоразрешением, а так как родовые пути не подготовлены, показано кесарское сечение.

Случай мы должны считать очень тяжелым. Начало припадков в начале периода раскрытия, необычайная сила судорог, частота припадков (7 припадков за 5 часов), резко выраженные мозговые явления — все это делает предсказание сомнительным. И при таком грозном положении больной — неужели мы ограничимся лечением наркотиками? Нет, этого вы и не предлагаете: вы хотите сперва кровопусканием добиться снижения кровяного давления и вывести часть токсинов, люмбальной пункцией снизить мозговое давление с тем.

чтобы потом уже вести больную планомерно по Строганову. Мысль не плохая! Но много ли надежды на успех? Припадки чередуются через 15—20 минут, а роды только-что начались; состояние больной очень грозно, оно повелительно требует родоразрешения. К сожалению, отверстие зева мало, мы не можем родоразрешить больную через естественные родовые пути в кратчайший срок. И мы неминуемо приходим к мысли о брюшностеночном кесарском сечении.

Обещает ли кесарское сечение спасение от грядущей катастрофы? Что вправе мы ожидать от „Schnittentbindung“?

Мы вплотную подошли к одному из актуальнейших вопросов терапии эклампсии: „Schnittentbindung“ или наркотизирующая терапия (Строгонова)?

Отрешимся на некоторое время от нашей больной и бросим взгляд на современное положение вопроса об активности в терапии эклампсии. Я уже упомянул, что и по настоящее время идет конкуренция методов лечения эклампсии. *Stöckel* дает следующую схему методов:

1. Крайняя консервативная терапия: эклампсия поддается лечению и не дает показаний ни к ускорению, ни к окончанию родов.

2. Крайняя оперативная терапия: лечения нет, эклампсия служит абсолютным показанием к немедленному родоразрешению (форсированное родоразрешение).

3. Терапия „средней линии“: применяется лечение и признаются показания к окончанию родов.

Эта терапия делится на 2 вида:

а) на первом плане стоит немедленное, но непременно бережное родоразрешение, после чего следует, если нужно, лечение эклампсии (точка зрения самого *Stöckel*'я).

б) на первом плане стоит немедленное лечение, к которому присоединяется родоразрешение, но только тогда, когда даны условия для разрешения через естественные родовые пути (точка зрения *Zweifel*'я).

Полагаю, что в настоящее время вряд ли существуют приверженцы двух первых точек зрения в чистом виде. Все врачи-акушеры, даже самые активные, признают то или иное „лечение“ (наркотики, кровопускание и т. п.); с другой стороны, даже самый крайний консерватор не сочтет эклампсию противопоказанием к наложению выходных щипцов.

Казалось бы, все современные акушеры стоят на точке зрения „средней линии“; и все же бесконечно далек образ действий напр. *Stöckel*'я, требующего производства кесарского сечения в момент поступления больной в клинику, по возможности тотчас же вслед за первым припадком, от метода Строганова, допускающего при благоприятных условиях родоразрешающую операцию и вовсе отвергающего кесарское сечение.

Bumm, *Stöckel*, *Waldstein* и многие другие видят в эклампсии показание к немедленному родоразрешению. Самым бережным методом разрешения они считают брюшностеночное кесарское сечение: „*Sectio abdominalis intraperitonealis cervicalis*“ — вмешательство быстрое, хирургически разработанное, с верным гемостазом, почти безопасное для рожениц и совершенно надежное для плода. Более бережного родоразрешения не существует. „Логически правильно требовать при эклампсии родоразрешения. Больную эклампсией надо немедленно и быстро избавить от ее беременности, — так же как это делается при нарушенной внематочной беременности с кровоизлиянием в живот“ (*Stöckel*).

В. В. Строганов не видит от применения кесарского сечения никаких выгод. Оно может быть полезно разве что в исключительных случаях. Невыгод же кесарское сечение имеет много: высокая смертность от операции при эклампсии, выше, чем от кесарского сечения при узком тазе, сращение матки с соседними органами, осложнения параметритом, эндометритом, заболеланиям легких и плевры, паралитический или действительный *ileus*, расстройство мочеиспускания, боли в ногах, пояснице, грыжа, понижение плодovitости, склонность к разрывам матки при последующих родах, возможность оставления инородных тел.

Не подлежит сомнению, что кесарское сечение не имеет abortивного действия на припадки. Каждый опытный акушер знает, что и после операции при

падки могут продолжаться. Лично мне известен случай, где после кесарского сечения больная имела еще 26 припадков и в конце-концов погибла. У *Waldstein'a* мы видим ряд случаев продолжающихся припадков, в одном из них было еще 86 припадков.

Литература по этому вопросу огромна; если мы возьмем новейших авторов, то увидим, что взгляды их на этот вопрос весьма разноречивы. Однако несомненно, что чем раньше заканчиваются роды, тем прогноз лучше. Это ясно напр. из статистики *Schiller'a* (клиника *Winter'a*) на 240 случаев:

родоразрешение после	1—2 припадка	— 7,8%	смертности
"	3—6	"	—17,5%
"	7—10	"	—30,6%
"	11—16	"	—36,0%
"	17	"	—55,9%

Подобную статистику дал и *Freund* на 287 случаев эклампсии, *Herrmann* на 1106 случаев. Цифры эти говорят за себя. Смертность повышается с числом припадков. Она повышается также с числом часов, протекших от первого припадка до родоразрешения. Для примера приведу таблицу *Freund'a*:

47 случаев, разрешенных до	1 часа	— 0,0%	смертности,
88	4	"	—12,5%
87	8	"	—14,9%
53	12	"	—18,9%
26	24	"	—23,1%
10	позже 24	"	—30,0%

Значит, чем раньше родоразрешать, тем лучше. На этом основании активисты и требуют раннего оперативного родоразрешения. Получил же *Waldstein* чистую экламптическую смертность в 0,9%—все его роженицы были разрешены в среднем через $2\frac{3}{4}$ часа после начала заболевания.

Никто не может в настоящее время оспаривать ценность раннего родоразрешения, и тем не менее было бы неправильно во всех без исключения случаях, независимо от особенностей случая, принципиально требовать раннего родоразрешения. И на протяжении наших бесед вы неоднократно видели случаи эклампсии, подчас довольно тяжелой, где мы не спешили с родоразрешением, не следовали слепо категорическому императиву „раннего или скорого родоразрешения“, а, индивидуализируя, применили тот или иной вид консервативного лечения.

Esch говорит: „Недопустимо каждую экламптику немедленно подвергать крупному оперативному вмешательству“. Не следует забывать, что крупное оперативное вмешательство, в первую голову кесарское сечение, имеет свою смертность, каковой пренебрегать мы ни в коей мере не должны (до 5%). „Кесарское сечение не должно быть методом выбора“ (*Herrmann, Kermauner*). По *Henry Jellett*, кесарское сечение при эклампсии дает смертность от 16 до 34%, но по *Asa Davis* и *Harrar'u* (Нью-Йорк) на 54 кесарских сечения приходится 12 смертей. *Latzko* видит в „кесарской волне“ при эклампсии большую опасность. По статистике *Lee* (Америка), после родильной горячки наиболее частой причиной смерти в пuerперии является кесарское сечение. По мнению *Примо*, прибегать к немедленному родоразрешению каждой беременной или роженицы, заболевшей эклампсией, нет оснований. *Груздев* считает, что если раскрытие родовых путей незначительно, то и для плода и для матери выгоднее прибегать к кесарскому сечению, у первобеременных — к брюшностеночному, у повторнородящих — к влагалищному. *Селицкий, Бекман, Калмыков* высказываются за быстрое родоразрешение путем влагалищного кесарского сечения.

С другой стороны, принципиальное консервативное лечение также неспособно резко снизить смертность при эклампсии. Это обстоятельство ведь и вызвало в свое время бурный рост активного метода. А поэтому „не должно быть схемы“!

Мы приходим к совершенно естественному выводу, что при эклампсии—болезни с таким разнообразием клинических проявлений и течения—не должно быть принципиальной установки на раннее родоразрешение или категорическое

отрицание такового. Правильна несомненно „терапия средней линии“ при неприменном условии строжайшей индивидуализации. Лишь то лечение будет правильным, которое в данном случае обещает успех, которое учитывает особенности данного случая и является в понимании врача наиболее подходящим для данного случая.

Лечение должно быть во всяком случае эклампсии „ранним“, родоразрешение может и не быть „ранним“. Чем раньше больная попадает под наблюдение врача, чем раньше он начинает рациональную терапию, тем прогноз лучше. Поэтому прогноз лучше в случаях, где припадки начинаются в клинике, чем в тех, где было много припадков ante partus. Клиника v. Jaschke (*Atzerodt*) на 60 случаев имеет общую смертность в 11,6%. Из 15 же случаев, получивших припадки в клинике, умерла одна больная и то не от эклампсии, а от гриппа. В венских клиниках смертность была при консервативном лечении для „экзогенных“ случаев — 14%, для „аутохтонных“ — лишь 2,67%.

И если не каждая экламптика дает первый припадок в стенах больницы или клиники, то мы должны стремиться к тому, чтобы каждая беременная, получившая первый припадок на дому, была доставлена сразу же в лечебное учреждение. И здесь-то лечение должно начаться немедленно. Оно должно быть „ранним“.

Но каким? Тщательное изучение состояния больной, точное определение акушерского status'a, клинический опыт врача помогут если не всегда, то в большинстве случаев найти ту линию поведения, которая и будет наиболее рациональной. И на протяжении наших бесед об эклампсии в родах вы видели, что в одном случае мы наложили щипцы, в другом — родоразрешили перфорацией и краниоклазией; в следующем — получили прекрасный результат от метода Струганова в комбинации с кровопусканием; наконец, в последнем — люмбальная пункция дала полный успех.

Что же делать в нашем случае? Подойдем объективно к нашей больной и постараемся охватить ее взором клинициста. Эклампсия тяжелая. Припадки начались в начале родов, дома. За 5½ часов было 7 припадков, припадки явно учащаются, за последние 35 минут было 3 припадка (5-й был в 9 час. 40 мин., 7-й в 10 час. 15 минут). Бессознательное состояние наступило уже после второго припадка. Сейчас больная в глубокой коме. Припадки тяжелые, длительностью до 3 минут. Пульс напряжен, кровяное давление 150. Отеки резко выражены. Можно ли рассчитывать на успех, применяя лечение наркотическими? Нет, грозность состояния больной властно требует скорейшего окончания родов. Ведь мы знаем, что в 2/3 случаев после родов припадки прекращаются (*Биддер, Флоринский, Писемский* и др.). Но как родоразрешить? Роды вначале, больная первородящая. Условия для родоразрешения через естественные родовые пути явно неблагоприятные. Для поворота с извлечением, для наложения щипцов условий нет. Метрейриз — метод не родоразрешающий, а при эклампсии — вредный. Влагалищное кесарское сечение у первородящей сопряжено с большой травмой. Нет, мы откажемся от родоразрешения через естественные родовые пути и приходим к выводу, что надо решиться на брюшностеночное кесарское сечение. А люмбальная пункция? Она нам обещает улучшение мозговых явлений, может быть даст ослабление комы, уменьшит частоту припадков, но не подвинет родов. Положение больной диктует родоразрешение. Делать ли перед кесарским сечением кровопускание? Нет, мы его делать не будем. Сама операция кесарского сечения сопряжена с значительным кровопусканием. Если в дальнейшем придется его повторить, мы прибегнем к венесекции.

Итак, мы решились на брюшностеночное кесарское сечение и, конечно, в виде *sectio abdominalis intraperitonealis cervicalis*.

В 10 час. 40 мин. под хлороформным наркозом, после обычной подготовки, приступлено к операции: разрез по средней линии от пупка до лобка. Введены два ограничивающих полотенца. Послойно вскрыта брюшная полость. Немного выше уровня внутреннего зева брюшина приподнята пинцетом, в ней ножницами сделано окно, исходя из которого ножницами же брюшина переходной складки вправо и влево рассечена дугообразно. Нижний доскут брюшины отслоен книзу вместе с мочевым пузырем. По средней линии разрезана стенка матки, хлынула вода, стала видна головка плода, легко извлеченная правой рукой оператора. Плод извлечен, девочка (вес. 3200 г), в легкой асфиксии. Пуповина захвачена зажимами, рассечена. Послед выжат, удален. В стенку матки вприснут

эрготин (1 см³). Кровотечение умеренное. Наложены ряд узловых катгутовых швов на мускулатуру матки, поверх него на мускулатуру же непрерывный катгутовый шов. Раневое ложе покрыто нижним лоскутом брюшины с пузырем, непрерывный катгутовый шов на брюшину переходной складки. Извлечены полотенца: обсушена полость таза, влит раствор риванола (50 см³). Брюшная стенка зашита послойно катгутом. На кожу 3 нитяных шва, серфины Michell'я, смазывания йодом, повязка. Продолжительность операции 32 мин. Больная снята с операционного стола.

Прекратятся ли припадки? Мы в этом далеко не уверены. Правда, мы видели нередко прекращение их непосредственно вслед за кесарским. Для примера приведу случай Т. А. М. (8/1 1929 г. № 4654), первородящая 32 лет, в котором последовательный ход событий был таков: 14 час. 10 мин. — 1-й припадок, кома, 14 час. 40 мин. — второй, 15 час. — третий, 15 час. 30 мин. — кесарское сечение. Припадков больше не было. Спустя несколько часов — полное сознание. И все же можем ли мы в конкретном случае быть уверены в прекращении припадков? Нет.

В 13 час. припадок — первый после операции, всего же 8-й; впрыснут морфия (0,015). Кома продолжается. Пульс напряжен.

В 15 час.	7 мин.	— припадок	9-й
„ 15	25	„	10-й
„ 17	„	„	11-й
„ 17	15	„	12-й
„ 18	20	„	13-й
„ 18	30	„	14-й
„ 18	45	„	15-й

Итак, за 8 часов после операции было 8 припадков. Родоразрешение не помогло! Тем более надо озаботиться лечением.

Дан легкий наркоз. Сделана венесекция, выпущено 300 см³ крови. Тут же выпущена моча (50 см³), через нос с помощью мягкого катетера введено в пищевод 0,3 люминала в теплом молоке.

20 час.	20 мин.	— припадок	16-й
20	55	„	17-й

Коматозное состояние продолжается.

23 час. припадок 18-й

Сделана клизма с хлорал-гидратом (1,5). Клизма удержана.

23 час.	20 мин.	— припадок	19-й
24	„	„	20-й
25/XI	10	„	21-й
„	20	„	22-й
3 час.	„	„	23-й

Вспрыснут морфия (0,015).

3 час.	20 мин.	— припадок	24-й
5	10	„	25-й
5	45	„	26-й и последний.

В 6 час. 30 мин. — мочеиспускание под себя. Кома продолжается. К моменту обхода (10 часов) родильница в бессознательном состоянии; производит впечатление спокойно спящей женщины. Цианоза нет. Дыхание ровное, не шумное. Пульс 110, несколько напряжен. Отечность держится. Матка хорошо сокращена, на 3 пальца ниже пупка. Выделения кровянисты, умеренные. К полудню больная на короткое время проснулась, просила судно, помочилась. Предложенное ей молоко (с люминалом 0,015) проглотила.

К вечеру сознание вернулось. Ничего не помнит, что с ней было. Жалуется лишь на слабость. На другое утро полное сознание. Суточное количество мочи 1100 см³.

Течение послеоперационного периода было гладкое. Припадки не возобновлялись. Темп. нормальная. Суточное количество мочи было 1100, 1600, 2000, 2300 см³. Отеки скоро спали. 1 декабря сняты швы. 5 декабря родильница выписалась домой с ребенком.

Было ли правильно наше пособие? Думаю, что да. Ведь случай был очень тяжелый. Даже быстрое родоразрешение в начале периода раскрытия не прервало припадков: после родов их было еще 19. Вряд ли нам удалось бы спасти больную при выжидательном лечении.

Попутно хочу остановиться на нескольких моментах.

1) У нашей больной мы имели возможность наблюдать клиническую картину тяжелой эклампсии. Резко выражено было коматозное состояние, наступившее уже после 2-го припадка, сознание прояснилось лишь спустя 6 час. после последнего припадка. Кома продолжалась больше суток (29 час.). Тем-

пература была все время нормальна, что наблюдается далеко не всегда. Иногда она повышается во время припадков, по прекращении которых она спадает до нормы. В некоторых случаях температура повышается до высоких цифр и держится на них при продолжающейся коме. В таких случаях высокая температура имеет грозное прогностическое значение. У нашей больной ярко выражен был симптом „чесания носа“. В коматозном состоянии много раз больная рукой касалась своего лица и упорно делала движение „чесания носа“. Кстати упомяну, что у другой больной (М. Г. октябрь 1930 г. № 21311) во время сильного моторного возбуждения я видел редкий симптом „кожного зуда“. Больная пыталась приподыматься и обеими руками расчесывала себе кожу груди и плеч, буквально рвала на себе кожу. Этот симптом длился недолго. Под влиянием наркотиков она успокоилась. Симптом не повторился.

Зрачки, обычно широкие, на свет не реагируют. Во время припадка под влиянием асфиксии они еще больше расширяются. Но так как обычно в терапию эклампсии входит морфий, то мы нередко у наших больных наблюдаем суженный зрачок.

2) По окончании родов и припадков больная не помнит, что с ней было: мне больные неоднократно говорили, что они помнят, что были дома и что болела голова, больше они ничего не помнят. Этот симптом амнезии был известен и старым авторам, особенно же его подчеркивает *Olshausen*. Интересно, что эта амнезия может захватывать не только период заболевания эклампсией, но и весь предшествующий период беременности. Описан случай, когда больная после перенесенной эклампсии оказалась забывшей не только свою беременность, но даже факт своего замужества. В случае *Essen-Möller'a* больная упорно не хотела признать ребенка своим. Тут мы подходим к интересному вопросу о постэкламптических психозах, о чем будет речь ниже.

3) В некоторых случаях эклампсия осложняется преждевременным отделением детского места. Об этом я писал в своей диссертации (1913), упоминая случаи *M-me Henry, Seitz, Holmes, Lévy, Haendly*. Поражает редкость этого осложнения при эклампсии, представляющей собою высшую ступень токсикоза. Это тем более поразительно, что из 32 случаев моего материала (87 случаев), в которых указана этиология преждевременного отделения, в 16, т. е. в 50%, таковой оказалась заболелание почек. В литературе отмечены случаи, где на последах экламптичек обнаружены были явления преждевременного его отделения. С другой стороны, описаны случаи, где к картине болезни преждевременного отделения присоединялись припадки эклампсии. Такие комбинации не должны удивлять, ведь некоторые авторы смотрят на преждевременное отделение как на своего рода эклампсизм; к тому же *Bar* и *Kervil'u* на трупах podobных женщин и находили явления, свойственные эклампсии.

4) К редчайшим осложнениям эклампсии принадлежат вывихи и переломы. При эпилепсии они наблюдаются чаще. Я видел всего один случай перелома плечевой кости. В Швеции был случай вывиха плеча и перелома головки плеча. Возникло судебное дело, кончившееся оправдательным приговором.

5) В послеродовом периоде нередко наблюдаются осложнения в виде психозов, бронхопневмоний, отека легких, нефритов. Интересно, что по моим наблюдениям инволюция матки, как правило, совершается очень быстро. Спорынья после эклампсии — излишня.

6) Диета в послеродовом периоде назначается обычно молочная. Она несомненно способствует диурезу. Ни в коем случае не следует давать большой пить до возвращения способности глотать. Вливание в рот молока или какого-либо лекарства может повести к затеканию жидкости в дыхательное горло, что немедленно повлечет за собою аспирационную пневмонию.

Интерес случая. 19-летняя первородящая доставляется в клинику в бессознательном состоянии. Дома было 4 припадка. Ввиду частых, тяжелых припадков, глубокой комы — медикаментозно-консервативная терапия отвергается. После 7-го припадка производится брюшностеночное кесарское сечение. Плод живой. После родоразрешения припадки не прекращаются, повторяются еще 19 раз. Производится лечение кровопусканием и наркотическими. Выздоровление.

Случай 97-й

М. В. О., 20 лет (№ приемного журнала 6085), поступила в клинику 6 февраля 1929 г. в час ночи, в родах.

Роженица первородящая, замужем 1 год, женскими болезнями не страдала, в детстве перенесла скарлатину. Последние регулы 18 февраля; срока первых движений плода не помнит. Последний coitus 1½ месяца назад. Беременность протекала без особенностей, за месяц до родов появились незначительные отеки на голенях.

За два часа до поступления (5 февраля в 22 часа) начались родовые боли. Воды не проходили.

При поступлении: роженица крепкого телосложения, упитанная блондинка. Т.—36,6°. Пульс 80, ровный, хорошего наполнения. Граница сердца нормальна. Акцент на втором тоне легочной артерии. Легкие без изменений. Живот увеличен соответственно доношенной беременности. Слабо выраженная пигментация белой линии, несколько свежих полос беременности. Дно матки на 3 пальца ниже меча. Положение плода продольное. В дне матки — ягодицы. Спинка справа. Мелкие части не определяются. Предлежащая головка малым сегментом во входе, чуть подвижна. Подбородок слева. Сердечные тоны плода выслушиваются справа ниже пупка, 136 ударов в минуту. Окружность живота 96 см, высота дна матки 37 см. Окружность таза 89 см. Размеры таза: dist. spm. — 24 см; dist. crist. — 27,5 см; dist. troch. — 31 см; conj. ext. — 19 см; conj. later. — 15 см.

Наружные половые части развиты правильно. Умеренный отек на стопах и голенях. Внутренние поверхности бедер и область крестца без отеков. Родовая деятельность слабая: схватки редкие и короткие.

До утра роженица пролежала спокойно в родильной, временами засыпая. 8 часов: общее состояние хорошее. Схватки редкие. Жалуется на головную боль, а также на то, что с час назад стала неясно видеть. Больной предложено помочиться. Мочи 120 см³. Назначен люминал 0,3 внутрь с молоком.

Каков диагноз и предсказание родов?

1. Правильные роды у первородящей. Имеются явления нефропатии. Прогноз благоприятный.

2. Не нефропатия, а эклампсизм. Вероятно наступление припадков.

Предсказание сомнительно.

Что перед нами токсикоз — ясно. На какой ступени лестницы гестозов роженица находится, пока сказать трудно. Мы не имеем данных анализа мочи, мы не измерили кровяного давления. Все же мы имеем основание полагать, что стадий нефропатии пройден, что наступили симптомы преэклампсии: расстройство зрения, головные боли. Дополним наше исследование:

Кровяное давление по Рива-Роччи: 160 мм. Анализ мочи: цвет лимонно-желтый, прозрачность полная, уд. вес 1012, реакция кислая, белок 3% по Эсбаху. Лейкоциты от 2 до 10 в поле зрения. Единичные эритроциты. Гиалиновые цилиндры единичные. Зернистые цилиндры 2-3 в поле зрения. Много клеток почечного и круглого эпителия.

Мы вправе ожидать эклампсию. Все данные говорят за преэклампсию. В предвидении припадков мы дали больной люминал. Будем же наблюдать.

В 10 час. внезапно начались подергивания в лице, закатывание глаз, тонические судороги всего тела, сменившиеся бурными клоническими судорогами. Типичный припадок эклампсии, длившийся 2½ минуты.

Через 15 мин. больная пришла в сознание и возобновила свои жалобы на головную боль.

Эклампсия в периоде раскрытия! И вполне естественным является наше желание закончить роды. Но конкретно мы ничего не можем предпринять: мы не знаем еще акушерского status'a.

Под хлороформным наркозом произведено ректальное исследование: полость таза пустая, шейка сглажена, открытие зева на 2½ пальца, пузырь напрягается. Головка малым сегментом во входе.

Что делать?

1. Показано кесарское сечение, потому что раннее и быстрое родоразрешение дает хороший прогноз.

2. Для кесарского нет достаточных оснований. Можно ограничиться введением метрейринтера после разрыва пузыря.

3. Случай пока вовсе не грозный. Следует вести больную консервативно.

Первый припадок был в клинике, мы его видели, больная вагинально никак не исследована. По *Stöckel*'ю, кесарское сечение абсолютно показано. Но из предыдущей беседы вы знаете, что мы не столь активны, чтобы родоразрешать каждую роженицу вслед за первым припадком эклампсии. Кесарское се-

чение может оказаться лишним вмешательством, а оно само по себе является серьезным пособием. Дайте время наблюдать: какова будет частота припадков, сила их, наступит ли бессознательное состояние. Правда, желательнее было бы роды ускорить. Вы предлагаете метрейриз. Вспомните отрицательные стороны метрейриза. С. А. Селицкий их перечисляет так: 1) крайне индивидуальное действие, 2) медлительность действия, 3) усиление рефлекторных раздражений, 4) учащение припадков, 5) большой процент смертности по сравнению с другими методами быстрого родоразрешения, 6) влияние на дальнейшее течение заболевания, отчасти и на припадки в количественном и качественном отношении.

Прибавьте сюда еще опасность инфекции, и вы не будете настаивать на метрейризе. Некоторые из перечисленных теневых сторон свойственны и пальцевому расширению зева, каковое пособие я охотно применяю, только не при эклампсии. Может быть уместно было бы ограничиться разрывом плодного пузыря. Собственного опыта по применению его при эклампсии я не имею, но полагаю, что это „паллиативное хирургическое вмешательство“ (Селицкий) вряд ли может рассчитывать на большой успех. Нет, мы пока-что решимся на консервативное ведение больной, оставаясь готовыми активно вмешаться, если течение болезни того потребует.

Делать ли кровопускание?

Признаюсь, я бы его сделал теперь же, после первого припадка. Дежурный врач решил пока воздержаться.

В 11 час. 30 мин. впрыснут морфий (0,015). Схватки через 5 минут, сильные. Сознание полное. Видит неясно.

12 час. 40 мин.— припадок 2-й. После него больная опять пришла в сознание. Пульс 84, полный.

14 час. 45 мин.— припадок 3-й.

16 час. 55 мин.— припадок 4-й.

Мы видим, что дело не ограничивается одним или двумя припадками. С другой стороны, припадки нечастые, следуют друг за другом через 2-часовые промежутки. Далее: они не сильны, средней продолжительности. Комы нет; после каждого припадка больная приходит в сознание. Есть ли показания к кесарскому сечению? Нет, мы вправе рассчитывать на то, что родовая деятельность скоро подготовит родовые пути настолько, что мы сможем родоразрешить через естественные родовые пути, не нанося роженице значительной травмы.

18 час. 35 мин.— припадок 5-й.

Сознание затемнено, жалобы на головную боль. Пульс 80, напряженный. Схватки частые, сильные. Сердечные тоны ясные.

Может быть сделать кровопускание? Несомненно, оно было показано. Дежурный врач и на этот раз предпочел воздержаться.

19 час. 30 мин.— припадок 6-й.

Наступило бессознательное состояние. Введено в клизму люминала 0,3.

19 час. 50 мин.— припадок 7-й.

20 час.— припадок 8-й.

Что делать?

1. Хотя и наступило бессознательное состояние, все же угрожающего пока ничего нет. Надо продолжать лечение наркотиками.

2. Припадки стали частить, наступила кома. Показано вмешательство. Может быть можно будет наложить щипцы.

Всего припадков было уже 8, промежутки уже не 2-часовые, припадки повторяются через час, полчаса, даже 10 мин. Ждать больше нельзя. Но как родоразрешить? Если только условия к наложению щипцов будут даны, то, конечно, мы их наложим. Если же мы найдем зев далеко недостаточно открытым, придется или прибегнуть к кровавому рассечению зева или же, сделав кровопускание и люмбальную пункцию, вести больную и дальше на медикаментозно-выжидательном лечении.

Приготовим же все к операции щипцов, дадим наркоз и исследуем вагинально.

Роженица взята в операционную, дан наркоз; исследование после обычной дезинфекции: влагалище заполнено сильно напряженным пузырем; открытие полное, пузырь разорван, потекли передние воды. Головка выполняет полость малого таза, родовой опухоли нет, сзади определяется

лишь копчик. Стреловидный шов в поперечном размере таза. Справа малый родничок, большой не достигается. Есть ли условия для наложения щипцов? Головка в узкой части полости, сгибание совершилось, правда — внутренний поворот не совершился, но это обстоятельство не должно нас удерживать от наложения щипцов.

Щипцы наложены в правом косом размере. Уже при пробной тракции щипцы перешли в поперечный размер таза, стреловидный стал в левый косой. Несколькими тракциями, во время которых стреловидный шов перешел в прямой размер, а щипцы в левый косой, затылок подведен под лонную дугу, и показались теменные бугры. Щипцы сняты. Головка выведена по Ritgen-Olshausen'у, выведены плечики и туловище плода. Плод женского пола (вес 3500 г) в легкой асфиксии, оживлен.

Операция кончилась в 20 час. 50 мин., через 20 мин. вышел послед (без дефектов). Разрывов нет. Матка сократилась хорошо.

Больная оставлена под наблюдением.

Что же будет дальше? Возможно, что припадки прекратятся, но рассчитывать на это нельзя. Кроме того не исключены осложнения со стороны легких, центральной нервной системы.

Я буду краток, скажу, что за ночь, т. е. с момента операции до 11 час. 15 мин. следующего утра было еще 17 припадков, коматозное состояние продолжалось всю ночь.

После 10-го припадка (22 часа 30 мин.) сделана люмбальная пункция, выпущено 22 см³ спинномозговой жидкости.

В 1 час ночи (после 13-го припадка) вприснут морфий.

В 4 часа утра (после 16-го припадка) ввиду резкого моторного возбуждения еще раз вприснут морфий.

В 9 час. (после 22-го припадка) сделано кровопускание — выпущено 500 см³ крови.

25-й припадок (11 час. 15 мин.) был последним.

К вечеру 7 февраля (сутки после родоразрешения) вернулось сознание. Больная возбуждена, жалуется на головную боль, видит хорошо. Пульс 100, не напряжен.

Можно ли считать всякую опасность миновавшей? Нет, мы не знаем, каков будет диурез, не наступит ли анурия, есть опасность бронхопневмонии, возможны психические явления.

Скажу кратко, что диурез появился большой, вторые сутки после родов дали 2000 см³ мочи.

К сожалению, на 3-й день возбуждение родильницы усилилось. Она ничего не узнавала, на вопросы отвечала, но часто невпопад.

10 февраля — явления острого психоза: больная порывается вскочить с постели, кричит, сопротивляется персоналу.

Назначены: постоянное дежурство санитарки, лед на голову, морфий под кожу, бром в клизмах.

11 февраля больная несколько спокойнее; 12-го — спала сутки, 13-го вернулось сознание, отвечает на все вопросы: прошедшее не помнит вовсе. Дальнейшее течение без осложнений. 18 февраля родильница выписалась с ребенком. В день выписки: белка — 0,03⁰/₀₀; в осадке гиалиновые, зернистые и восковидные цилиндры, по несколько в поле зрения.

Итак, послеродовой период осложнился психозом. Не думайте, это был психоз, не связанный с эклампсией; наоборот — психоз этот постэкламптический. Вопрос о них далеко не может считаться решенным. Давно известно, что в некоторых случаях после эклампсии появляются явления острой психической спутанности, сопровождающейся подчас бурным двигательным возбуждением. После 140 случаев эклампсии *Wiegner* видел 10 раз манию, *Olshausen* — 11 психозов на 200 эклампсий. Материал *Селицкого* дает 12 психозов, что составляет на 167 случаев, оставшихся в живых, 7,1⁰/₀, на все же 190 случаев эклампсии — 6,3⁰/₀. Сборная статистика 23 авторов, обнимающая 2986 случаев эклампсии, указывает 151 случай психического расстройства, т. е. 5⁰/₀.

Селицкий делит психозы на следующие виды: мания, маниакальное состояние, меланхолия, галлюциаторное состояние. Характерно, что постэкламптический психоз проявляется в первые дни послеродового периода, раньше других пuerперальных психозов. *Ф. А. Наумов* (1928), лучший знаток пuerперальных психозов, выделяет постэкламптические формы в особую группу. Главной причиной он считает токсикоз беременных. Для возникновения психоза он считает необходимым наличие еще добавочных явлений, среди которых не последнее место занимает инфекция. У большинства больных отмечен нефрит. Возраст больных 20 — 27 лет. Невропсихическая наследственность почти у всех чистая. *Olshausen* обращает внимание на появление нескольких случаев психоза в короткое время, материал *Наумова* также подтверждает, что случаи постэкламптических психозов появляются в той или иной местности периодически — псевдоэпидемически. По вопросу о зависимости психоза от тяжести эклампсии

мнения авторов расходятся. В то время как *Наумов* считает, что появление постэкламптического психоза не стоит ни в какой связи с частотой припадков, временем их появления (до, во время или после родов) и их интенсивностью, *Seitz* и *Lichtenstein* полагают, что больные психозом имели в 2—3 раза больше припадков, чем остальные случаи. *Thaler* указывает, что большая часть постэкламптических психозов относится к случаям послеродовой эклампсии, в которых первый припадок случился позже 3 часов после родов. По *Селицкому* реже всего психозы возникали после эклампсии sub. graviditate (2,5%), несколько чаще после ecl. sub. partu (6,9%), чаще всего после эклампсии post partum (8,5%).

В психическом состоянии на первый план выступает острая галлюцинаторная спутанность, продолжающаяся, по *Наумову*, в среднем от 3 до 14 дней. Под влиянием устрашающих галлюцинаций больные бывают очень возбуждены и могут быть опасны для себя или для окружающих. Прогноз обычно благоприятен, течение болезни быстрое и безлихорадочное. В нашем случае психоз продолжался 3 дня и прошел бесследно.

Не всегда постэкламптический психоз начинается в первые дни послеродового периода. Так больная Т. П. З. (№ 1138) разрешилась вне клиники 10 января 1929 г. 2 недели после родов, 24 января, заболела поздней эклампсией. Всего было 5 припадков в глубококоматозном состоянии. В следующие дни наступило видимо полное благополучие, как вдруг 3 февраля, 24 дня после родов, на 10-й день после припадков, начался острый психоз: двигательное и речевое возбуждение. Галлюцинации зрительные и слуховые. Плохая ориентировка. Полный отказ от пищи и приема лекарств. Бред преследования: хотят убить электричеством, пища отравлена и т. п. Больную пришлось перевести в психиатрическую больницу.

В нашем случае мы применили медикаментозное лечение, люмбальную пункцию, венесекцию и родоразрешение щипцами.

Если мы взглянем на наш материал за 9 лет (*А. Д. Аловский*), то из 146 случаев эклампсии было 50 случаев ecl. sub. graviditate, 64—sub partu, 32 post partum.

Из 64 эклампсий в родах в 12 роды закончились спонтанно (2 смерти), родоразрешающие операции через естественные родовые пути были произведены 35 раз (1 смерть), брюшностеночное кесарское 16 раз (3 смерти), влагалищное кесарское 1 раз. 35 вмешательств через влагалище были следующие: метрейриз 3 раза, щипцы 26 раз, разрыв плодного пузыря, перфорация и извлечение плода по 1 разу, поворот с извлечением 3 раза (1 смерть). Интересно сопоставить вмешательства через влагалище в случаях ecl. sub graviditate (всего 50 случаев, с 13-ю влагалищными вмешательствами): метрейриз 8 раз (3 смерти), щипцы 2 раза, извлечение плода, перфорация и поворот с извлечением по 1 разу (все без смертей).

В монографии *С. А. Селицкого* (1926), в которой обработана „Эклампсия в клиническом отношении“ на большом материале, перечислен большой ряд хирургических методов родоразрешения и лечения эклампсии. Литература столь огромна, что обхватить ее нет никакой возможности.

Случай, послуживший нам темой бесед об эклампсии, все кончился выздоровлением. Спрашивается, что ждет женщину, перенесшую уже эклампсию, в дальнейшем?

Тут напрашивается целый ряд вопросов: возможно ли возобновление припадков в послеродовом периоде? До какого времени они еще возможны? Остается ли у женщин, перенесших эклампсию, предрасположение к вторичному заболеванию при последующей или последующих беременностях? В какой мере ликвидируются почечные явления, нарушения обмена веществ, кровяного давления и пр.?

Что припадки эклампсии, бывшие во время родового акта, могут продолжиться в первые часы и дни послеродового периода—вам хорошо известно. В наших беседах было несколько таких случаев. Спрашивается: раз прекратившись, могут ли припадки возобновиться в течение того же послеродового периода? Тут нужно сказать, что в исключительных случаях это возможно. *Ols-hausen* сообщает о таких рецидивах на 8-й и на 15-й дни после родов. Больная

Bar'a, перенесшая в родах эклампсию, получила 4 недели спустя рецидив, от которого и погибла. *Goedecke* и *Esch* смотрят на такие случаи не как на рецидив эклампсии, а как на ту же эклампсию, прерывающуюся после некоторого перерыва. *Goedecke* видел случай, в котором в родах было 5 припадков, на 5-й день после родов еще 14 припадков и на 7-й день 1 и последний. *Esch* описал несколько случаев, в которых припадки возобновлялись после паузы в 24, 36, 48 и 66 часов.

Настоящими рецидивами подобные случаи назвать нельзя. Тут я напомним, что в беседе № 90 я назвал эклампсию, возвращающуюся при последующей беременности, не рецидивирующей, а повторной (*eclampsia repetata*) в отличие от рецидивирующей или возвратной (*eclampsia recurrens*), когда эклампсия возвращается при одной и той же беременности. В этом смысле я и буду сейчас говорить исключительно об *eclampsia repetata*. По *Zangemeister'у* женщины, перенесшие уже раз эклампсию, имеют большую склонность к заболеванию эклампсией, чем здоровые женщины к первичной эклампсии. Сборная статистика *Hinselmann'a* усматривает повторение эклампсии 1,68% случаев, *Seitz* — в 2%, *Esch* — в 1,8%, *Olshausen* — 1,5%, *Goedecke* — 2,2%. *Herrmann* на 1559 случаев (в течение 27 лет) видел повторную эклампсию в 1,67%, т. е. на 62,5 случаев эклампсии приходится 1 возврат. По *Bund'у* *eclampsia sub graviditate* более предрасполагает к возврату, т. е. к *eclampsia repetata*, чем *eclampsia sub partu* на 9 случаев эклампсии беременных — 2 „возврата“ (22%), на 63 случая *eclampsia sub partu* всего 2 „возврата“ (3%). Сходное наблюдение делает и *Herrmann*, впрочем в других процентах: на 340 *ecl. sub. gravid.* — 10 *ecl. repetata* (2,9%), на 838 *eclamps. sub partu* — 9 „возвратов“ (1%), на 381 *ecl. puerper.* — 7 „возвратов“ (1,8%). На 146 случаев эклампсии нашего материала было всего 2 случая повторной эклампсии.

Далее интересно, что как родившие 1 раз, так и повторнородящие в одинаковой степени могут получить повторную эклампсию, хотя существует мнение, что первородящие более расположены к *ecl. repetata*, чем многородящие.

Повторная эклампсия далеко не всегда получается при следующих родах. Известны случаи, где следующие роды протекали нормально, а эклампсия разразилась при дальнейших родах. 26 случаев повторной эклампсии венских клиник дали „возврат“ при следующих родах, 3 раза следующие роды были нормальны, и женщины заболели *ecl. repetata* при третьих родах. В 2-х случаях после перенесенной при первых родах эклампсии следовало 3 нормальных родов и эклампсия разразилась при 5-й беременности.

Наконец „возвраты“ могут быть неоднократные. *Herrmann* отмечает в 21 случае по одному „возврату“ эклампсии; в 4-х случаях *ecl. repetata* наблюдалась дважды; 1 раз женщина имела при трех последующих родах по повторной эклампсии.

Интересно, что смертность от повторной эклампсии ниже смертности от эклампсии первичной. У *Bund'a* смертность от повторной эклампсии — 10%, от первичной — 19%, у *Herrmann'a* — 15,8%.

В заключение хочу остановиться на вопросе о последствиях для здоровья женщины, оставляемых перенесенной эклампсией. Может ли нефроз беременности перейти в хронический нефрит, в сморщенную почку? Случаи нефрита у бывших экламптичек недоказательны. Нужно исключить бывший до беременности нефрит. *Post hoc* далеко не *propter hoc*! Первые исследования в этом направлении принадлежат *Leyden'у*, основоположнику учения о „почке беременных“. В большинстве случаев он находил полную *restitutio ad integrum* за исключением 2-х случаев, окончившихся смертельно. По *Litzmann'у*, хроническая сморщенная почка развивается чаще после „нефрита беременных“, чем после других форм острого воспаления почек. *Rosenstein* определенно указывает на возможный переход почки беременных в сморщенную почку, но считает его редким. *Seitz* полагает, что токсикоз беременности изредка может обусловить постоянный нефрит, *nephritis e graviditate* с переходом последнего в сморщенную почку. *Koblanck* считает, что в 7% случаев нефропатия оставляет за собою хронический нефрит, по *Zangemeister'у* даже в 10%. *Baisch* на материале Марбургской клиники в 448 случаях видел полную ликвидацию альбуминурии; из 106 женщин с нефропатией (46) и эклампсией (60) через много лет 11 еще

были инвалидами, и только 40% были вполне здоровы и трудоспособны. Из прослеженных Sachs'ом 87 случаев „почки беременных“ 81 были здоровы, 4 умерло, (из них одна от эклампсии, 2 имели почечные страдания).

Zondek и *Iakobowitz* исследовали 37 женщин, перенесших гестоз. 19 перенесли эклампсию, из них 10 были здоровы, 6 обнаруживали легкие почечные расстройства и повышенное кровяное давление, остальные 3 не получили выздоровления, и именно эти 3 во время эклампсии имели расстройства зрения, почему авторы этим расстройствам придают серьезное прогностическое значение. *G. Doderlein* проследил судьбу 26 экламптичек; 16 были здоровы, из остальных 10 трое имели белок в моче, 7 обнаруживали альбуминурию, цилиндрурию и отечности.

Некоторые авторы отмечают страдание эпилепсией у бывших экламптичек (*Bund* в 4%, *Glockner*, *Büttner*, *Hoffmann*, *Zangemeister*). Наоборот, *Seitz* на 481 случай установил, что больные надучей в 1,2% в дальнейшем заболевают эклампсией. Интересно наблюдение *Nevermann*'а, что многие женщины, перенесшие эклампсию, долго страдают головными болями и ослаблением памяти. *Robert Kobes* (из клиники большого знатока эклампсии *Baumgart*'а в Касселе), занялся отдаленными последствиями эклампсии. Из 98 приглашенных женщин явилось 51 (32 болевших эклампсией и 19 преэклампсией). Исследования производились по прошествии 3—5 месяцев после болезни. Сложные исследования мочи и крови установили, что часто эклампсия не проходит бесследно для организма женщины. Правда, ни в одном случае не было найдено хронического нефрита. Все же из 32 женщин у 19 были обнаружены те или иные отклонения от нормы. Эти явления сводятся к симптомам, принадлежащим к картине хронического нефроза, основанной на дегенеративных процессах. С другой стороны, *Kobes* отмечает в большом числе жалобы на головные боли (у 18 из 32), особенно в области лба, головокружения, обморочные состояния, повышенную раздражительность, пугливость и поразительное ослабление памяти. Эпилепсии после эклампсии он не наблюдал. Исследование женщин, перенесших преэклампсию, дало еще более грустные результаты. Из 19 женщин только 5 оказались здоровыми. Остальные 14 обнаруживали альбуминурию или эритроциты в моче, цилиндрурию (4); 2 дали картину сморщенной почки, 3 хронический нефрит. Эти женщины имели те же субъективные жалобы, что и перенесшие эклампсию. Особенно отмечались жалобы на сонливость.

Peckham (Baltimore, 1929) исследовал 74 женщины через год после перенесенной эклампсии. 17 женщин (23%) имели явления нефрита. Особенно предрасположены пожилые и многорожавшие. Нефрит остается как после тяжелой, так и после легкой эклампсии, особенно часто после эклампсии беременных. Количество припадков, время родоразрешения, наркоз, оперативное пособие — не оказывают видимого влияния на развитие последующего нефрита. Из женщин, имевших во время эклампсии кровяное давление выше 210 мм и содержание белка в моче выше 10% — $\frac{3}{4}$ болеют в дальнейшем нефритом.

Из этих наблюдений практический врач должен сделать свои выводы. Он должен осознать всю практическую важность токсикозов беременности и усилить профилактическую установку своей деятельности. С другой стороны, он должен уделять больше внимания женщинам, перенесшим уже эклампсию или преэклампсию.

Врач, успешно проведя свою пациентку через потрясающую драму родового акта, осложненного эклампсией, не должен считать свой долг исполненным. В день выписки матери он должен помнить, что потрясения, которым подвергся организм женщины, оставляют следы, нередко глубокие и надолго, и что ее организм требует много времени, ухода и врачебного наблюдения до полной и окончательной *restitutio ad integrum*.

Интерес случая. 20-летняя первородящая в начале периода раскрытия заболевает эклампсией. Вначале проводится консервативное лечение. После 6-го припадка наступает коматозное состояние. После 8-го припадка при полном раскрытии зева и поперечном стоянии головки наложены щипцы. После родоразрешения припадки не прекратились; их было 17 (всего 25). Наряду с медикаментозным лечением проводилось лечение кровопусканием и люмбальной пункцией. На 3-й день после родов — острый маниакальный психоз, продолжавшийся всего 3 дня и внезапно прекратившийся. Здоровая мать выписалась с ребенком.

Случай 98-й

М. В. Б., 21 года (№ приемного журнала 440), поступила в клинику 9 октября 1930 г. в 14 ч. 40 мин.

Из анамнеза узнаем, что пациентка беременна впервые: считает себя беременной на сносях. Женскими болезнями не страдала. Беременность протекала нормально. Не может указать ни времени последних регул, ни срока первых движений. За полчаса до поступления во время бега (бежала за отходящим трамваем) почувствовала себя плохо, начались боли в области сердца и схваткообразные боли в пояснице. Не заезжая домой, Б. направилась в клинику.

При поступлении: перед нами на стуле сидит беременная женщина, крепкого телосложения, хорошего питания, блондинка с светло-серыми глазами. Мы только-что собрали анамнез и приступили к исследованию. Т—36,8°. Пульс 90, не вполне ровный, напряженный. Тупость сердца на поперечный палец расширена влево, на верхушке небольшой систолический шум. Во время исследования 15 час. 30 мин. больная почувствовала себя плохо, началось подергивание в лице, руках, появились судороги. Если бы мы ее не удержали и не положили немедленно на кровать, она бы упала на пол. Судорожный припадок продолжался 2 минуты. После него сделано подкожное впрыскивание морфия (0,015). Ориентируемся наскоро в status'e. Больная спит, дыхание глубокое, ровное. Живот оvoidной формы, на покровах его скудные полосы беременности. Окружность живота — 94 см. Дно матки на 3 пальца ниже меча. Высота его над лоном 34 см. В дне — ягодицы, спинка слева, предлежит головка малым сегментом во входе. Сердечные тоны слева, ниже пупка. Отеков нигде нет.

Размеры таза: dist spin. — 26 см; dist. crist. — 28 см; dist. troch. — 31 см; conj. ext. мы не измерили, не желая поворачивать больную на бок.

В чем же дело?

1. Припадок похож на экламптический. Явления со стороны сердца в данный момент вряд ли имеют значение. Больная, повидимому, в родах.

2. Все говорит именно за болезнь сердца: внезапно наступившие боли в области сердца после физического напряжения, неровный пульс, шум на верхушке. Припадок может быть связан с какой-либо эмболией, он не экламптический, а лишь экламптиформный.

Действительно, диагностика не легка. Больная в консультацию не обращалась. Мы не знаем ничего о состоянии ее почек, отеков нет. Повидимому, не было и субъективных предвестников эклампсии. Все же вид ее характерен для эклампсии. С другой стороны, есть данные для болезни сердца как анамнестические, так и субъективные.

Так мы рассуждали, стоя у постели больной. Она, повидимому, спит; дыхание ровное, глубокое, лицо не одутловато, не синюшно. Зрачки узкие. Пульс стал ровнее, 86 в минуту, не напряженный.

16 час. 30 мин. Состояние без перемен.

17 час. 40 мин. Бессознательное состояние продолжается. Пульс 90, ровный, не напряжен. Родовой деятельности нет. Аускультация живота сердечных тонов плода не обнаружила.

На что решиться? Мы не настолько активны, чтобы после первого припадка эклампсии делать кесарское сечение. Мы даже не уверены в том, что это эклампсия. Кровоупускание мы склонны отклонить — ведь пульс вовсе не напряжен. Коматозное состояние может нам служить показанием к люмбальной пункции.

18 час. 20 мин. внезапно наступила резкая перемена. У больной вырвалось несколько бурных вздохов, и исчез пульс. Немедленно впрыснута под кожу камфара, дигален, применено искусственное дыхание. Все без результата! Перед нами — труп.

Спустя минут 12 после смерти сделано кесарское сечение. Быстро рассечена брюшная стенка по средней линии, выведенная матка вскрыта, извлечен плод без признаков жизни (мужского пола, вес 2780 г, длина 49 см). Удален послед. Обычным способом матка зашита кэтгутом в 2 этажа. Послойно зашита брюшная стенка.

Итак наступила внезапная смерть 2 часа 50 минут. спустя после судорожного припадка. Кесарское сечение на мертвой было сделано, несмотря на отсутствие сердечных тонов плода. Так требует закон.

Случилась жестокая катастрофа, и врачебный ум ищет разгадки. Вскрытие должно решить волнующий вопрос.

Так как больная умерла до истечения суток пребывания в больнице — труп передан для судебно-медицинского вскрытия. На следующий день произведена sectio forensis. Краткое резюме вскрытия: эклампсия; кровоизлияние в мозг.

Вот разгадка тайны о внезапной смерти!

В чем же заключаются патологические изменения органов, дающие право поставить анатомический диагноз—эклампсия.

Уже давно обращали внимание на анатомические изменения органов женщин, погибших от эклампсии. Эти изменения касались преимущественно почек и печени. Изменения почек стали предметом изучения особенно с тех пор, как *Rayer* обратил внимание на альбуминурию при эклампсии. И если подчас при вскрытии не находят видимых изменений в почках, то это не значит, что их нет при микроскопическом исследовании. Так на огромном секционном материале венских клиник только в 22,3% почки представлялись микроскопически измененными. Гистологически всегда находят изменения дегенеративного характера. *Fahr*, лучший знаток почечной патологии, характеризует эти изменения как tubulo или glomerulonephrosis. *Virchow*, *Schmorl*, *Lubarsch* и др. находили жировое перерождение эпителия клубочков и канальцев, белковое перерождение главных частей, тромбозы капилляров и более крупных сосудов. На ряду с этим авторами (*Esch*, *C. Ruge II*, *Ahlfeld*, *Engelmann* и др.) обнаружены были разные виды настоящего нефрита, интерстициального и паренхиматозного.

По мнению современных авторов почки экламптики дают картину гломеруло-нефроза беременных, отличающуюся от гломеруло-нефрита тем, что изменения в ней не воспалительные, а дегенеративные (вследствие токсических влияний).

По *К. П. Улезко-Строгановой*, во всех почти случаях можно отметить поражение почек. „Гиперемия с чрезмерно наполненными кровью сосудами до кровоизлияний, набухание эпителия клубочков, гиперплазия их и отек; большее или меньшее перерождение почечного эпителия и некрозы, особенно в области извитых канальцев, реже — прямых“.

Наиболее ярко выражены изменения в печени. 1888 г. *Jürgens* описал hepatitis haemorrhagica. *Pilliet* принадлежит заслуга первого обстоятельного микроскопического исследования описанного *Jürgens*'ом геморрагического гепатита. Данные, найденные им, впоследствии сообщены целым рядом исследователей. *Константинович* и за ним *Schmorl* признали изменения в печени патогномичными для эклампсии: дегенеративные явления, геморрагические и анемические некрозы, тромбозы и жировые эмболии.

Печень имеет весьма характерный пестрый вид, на поверхности ее видны подчас обширные геморрагические инфаркты. *Fahr* различает в печени экламптик двоякого рода изменения: дегенеративные, основанные на первичном действии гипотетического токсина, и вторичные, обусловленные повреждением сосудов.

„Изменения локализуются в периферических отделах долек и состоят в появлении тромбов в капиллярах воротной вены и в срезах с образованием более крупных кровяных пространств и кровоизлияний с последующей гибелью клеток в пораженных участках“. Капсула печени напряжена, изменена консистенция ткани, отмечаются кровоизлияния, особенно на задней поверхности печени. На разрезе ткань расплывчата, рисунок долек стерт (*Kolisko*). *К. П. Улезко-Строганова* также находила характерные капиллярные кровоизлияния, тромбозы капилляров, фибриновые отложения большей частью на периферии долек и соответственно им более или менее распространенные некротические очаги печеночной паренхимы. В некоторых случаях некрозы чрезвычайно распространены; в одном случае от долек оставались лишь один или два ряда клеток в окружности vena centralis. „Постоянно наблюдается набухание и очень часто гиперплазия купферовских клеток до образования гнездных клеточных, по виду лимфоидных, скоплений; подобные клеточные скопления в большей степени располагаются вдоль сосудистых стенок“ (*К. П. Улезко-Строганова*). Изменения могут быть настолько сильными, что ведут к разрушению всей печеночной ткани путем анемического и геморрагического некроза ее (*Константинович*, *Schmorl*, *Ceelen*). Описаны даже случаи смертельных кровоизлияний из разрывов печени (*Kolisko*, *Herz*).¹

¹ Случай внезапной смерти вследствие внутреннего кровотечения при эклампсии описан *М. А. Колосовым*.

На прилагаемом рисунке, любезно предоставленном мне *Я. И. Каллиниковым*, ясно видны кровяные очаги под печеночной капсулой.

Первородящая, 24 лет, 8 припадков. 19 мая 1925 г. I Саратовский роддом (рис. 249).

В мозгу также обычно находят изменения. *Levant* и *Portes* в 2,7% случаев находили кровоизлияния в мозг, *Esch*—2 раза на 70 вскрытий. Мелкие кровоизлияния встречаются в каждом случае (*Schmorl*). Он находил кровоизлияния начиная от точечных до величины голубиногo яйца, изредка кровоизлияния, разрушившие целые мозговые доли. Центральные ганглии поражаются чаще периферических отделов полушарий.

По *Katz*'у, кровоизлияния могут прорываться в мозговые желудочки.

Важное значение имеют явления отека мозга, что служит подтверждением взгляда *Zangemeister*'а на патогенез эклампсии. *Sioli* в 8 случаях из 9 эклампсий находил набухание эндотелия в мозгу и его оболочках, отеки и чрезвы-



Рис. 249. Кровяные очаги под капсулой печени (фотографический снимок *Я. И. Каллиникова*).



Рис. 250. Кровоизлияние в варолиев мост (препарат *Я. И. Каллиникова*).

чайно частые тромбы сосудов и кровоизлияния. Сходные картины дает и *Пожриский*.

По *Braunmühl*'ю „в ганглиозных клетках мозговой коры и вообще в нервной паренхиме встречаются тяжелые дегенеративные изменения, очагами или диффузно. Эти изменения усиливаются в области аммониева рога“. Наблюдаются гибнущие нервы и клетки *glia*, некрозы. *К. П. Улезко-Строганова* отмечает отек и кровоизлияния мозговых оболочек и мозгового вещества; кровоизлияния впрочем не во всех случаях. Изменения мозгового вещества, выразившиеся в перерождении нервных клеток, в утрате ими способности воспринимать окраску, наблюдались в соседстве с фокусами кровоизлияний. Кровоизлияния находились в пазухах твердой мозговой оболочки, в центральных частях мозга, иногда с прорывом в мозговые желудочки; в некоторых случаях найдено свежее кровоизлияние в 4-м желудочке, что могло быть непосредственной причиной смерти.

Явления энцефаломалиции отмечают *К. П. Улезко-Строганова* и *Hermann* (в 1,6% его материала).

Рисунок редкого кровоизлияния в варолиев мост предоставлен мне *Я. И. Каллиниковым*, за что пользуюсь случаем выразить ему искреннюю признательность (М. 30 лет, 11-я беременность, один припадок 1½ часа спустя после родов, смерть спустя 8 часов после припадков. I Саратовский роддом (рис. 250).

В легких наблюдаются как первичные, так и вторичные изменения. К вторичным следует отнести пневмонии (аспирационные, гипостатические), агональный отек легких. Известны также случаи первичного токсического отека легких.

К первичным изменениям относятся гнездные кровоизлияния и тромбозы. О нахождении в легочных сосудах открытых *Schmorl*'ем и *Lubarsch*'ом плацентарных эмболиях я уже говорил выше.

В селезенке наблюдаются, по *К. П. Улезко-Строгановой*, резко выраженная гиперемия в виде расширения и переполнения кровью сосудов; нередко

кровоизлияния в пульпе и в корковом слое. Набухание эндотелия селезеночных вен, сглаживание мальпигиевых тел, диффузные инфильтрации пульпы лимфоидными элементами. „Кроме лимфоидных клеток в пульпе обычно имеются эпителиозные, энергично фагоцитирующие, наполняющиеся клеточным распадом и зернами гемосидермы. Наблюдаются некрозы, иногда целыми участками“.

В сердце находили частью точечные, частью разлитые кровоизлияния как в эпикарде, так и в экдокарде. *Pollak* в 90% вскрытый находил изменения в сердце. В щитовидной железе *К. П. Улезко-Строганова* находила резко выраженную гиперемию; в некоторых случаях обращает на себя внимание новообразование молодых альвеол, как при струме.

„В поджелудочной железе в некоторых случаях островки *Langhans*'а почти не обнаруживаются; некрозы иногда сплошные.

В надпочечниках изменения главным образом сосредоточиваются на границе между корковым и мозговым слоями и выражаются в узловых лимфоидных скоплениях, резкой гиперемии и кровоизлияниях. В этой области иногда встречаются полости, наполненные коллоидным содержимым, напоминающие альвеолы щитовидной железы. В гипофизе часто гиперемия до кровоизлияния. Нередко наблюдаются коллоидные массы как в просвете долек, так и между ними в виде шаров; на границе с нервной частью (заднюю долю) можно иногда отметить расширенные полости с коллоидным содержимым, похожие на альвеолы щитовидной железы“ (*Улезко-Строганова*).

В яичниках *Шор* отмечает уменьшение величины желтых тел. Иногда их вовсе не удается найти. Изменения желтых тел выражаются в усиленной их дегенерации. По *Fellner*'у желтые тела перерождаются путем коллоидного перерождения. Гемогенные (коллоидные) шары, встречающиеся в желтых телах, *Кушнир* и *Селицкий* считают характерными для эклампсии. *К. П. Улезко-Строганова* отмечает чрезвычайное развитие ткани интерстициальной железы в виде многочисленных атретических и атретирующихся фолликулов, частое и обильное развитие децидуальной ткани в коробковом слое, некрозы в области коркового слоя с периферии.

Рассмотрев патолого-анатомические изменения в органах, спросим себя: какова же причина смерти от эклампсии?

По *Hinselmann*'у, в 70% вскрытый находят исключительно экламптические изменения в органах. Женщины погибают при явлениях отека легких и сердечной слабости. Остальные 30% умирают от кровотечения, разрыва матки и инфекции (10%), от аспирационной пневмонии (10%) и от апоплексии (10%). По *Esch*'у, 77% (91 случай) погибли от самой эклампсии, 23% (16) — от сепсиса, пневмонии и тромбоза. *Katz* приводит случай смерти от кровотечения из обоих надпочечников; в другом случае смерть последовала от кровотечения из разрыва вульвы, происшедшего во время припадка. В некоторых случаях смерть следует поставить в связь с атонией матки (*Katz, Kolisko, Knauer*).

Не подлежит сомнению, что нередко непосредственной причиной смерти являются кровоизлияния в мозг. В случаях *Улезко-Строгановой*, где кровоизлияние локализовалось в 4-м желудочке, *Каллиникова* — в продолговатом мозгу и варолиевом мосту — нет надобности искать другой причины смерти. Но редуцировать эти смертные случаи нельзя, так как на апоплексию тут надо смотреть не как на самостоятельное заболевание, а как на проявление той же эклампсии. Кстати интересно, что эти апоплексии встречаются при эклампсии чаще у молодых женщин, чем у пожилых. Огромный материал венских клиник (*Herrmann*) указывает, что около 65% умерших стали жертвой самой эклампсии, 35% погибли от разных осложнений, которые впрочем, за исключением кровотечений и инфекций, были обусловлены мозговыми изменениями, стоящими в свою очередь в тесной связи с основным страданием.

Из 146 случаев нашего материала (*Аловский*) умерло 14 — 9,6%. Причиной смерти в 10 случаях была сама эклампсия, в 3-х случаях — септическая инфекция, в 1 — уремия. В нашем случае, повидимому, кровоизлияние в мозг произошло во время единственного припадка и привело к смерти спустя 2 часа 50 минут.

В заключение остановлюсь на общей смертности от эклампсии. С чувством удовлетворения можно сказать, что смертность от эклампсии, бывшая в старое

	Процент смертности.
Роддом им. Снегирева (Ленинград)	
138 случаев по <i>Строганову</i>	9,4
редукция	6,0
Шведская статистика	8,4 и 7,0
Клиника в Lund'e	9,76 и 18,8
строго консервативно	18,0
Клиника в Malmö	
активн.	11,85 и 8,9
<i>Lindquist</i> общая смертность	8,69
по <i>Строганову</i>	20,0
<i>Forssner (Zweifel, Строганов)</i>	9,8
Наш материал (<i>Аловский</i>)	
146 случаев общая смертность	9,6
Из них: без вмешательства	17,2
послеродовая эклампсия	3,2
кесарское сечение (34 случая)	11,8
другие родоразрешающие вмешательства	7,0

Этот перечень можно продлить до бесконечности. Уже беглый взгляд на цифры указывает на их чрезвычайную пестроту. Да это и понятно. Ценность статистик вообще невелика, а особенно в вопросе о лечении эклампсии. Не подлежит сомнению, что тяжесть эклампсии не везде одинакова; кроме того известно, что в одном даже городе период поступлений тяжелых случаев может смениться длинной серией случаев легких. Существование или отсутствие профилактики эклампсии и предшественников ее, разные способы лечения, учет осложняющих эклампсию заболеваний или пренебрежение ими, пресловутая редукция статистик — все это не может не влиять на выводимые проценты. Все же в нашем распоряжении нет другого критерия для суждения о результатах, как именно статистика. Наиболее ценны те из них, которые исходят из одной клиники, где проводится в течение нескольких лет определенная терапия, следующие годы — другая терапия и т. д. В этом отношении наиболее ценной следует признать статистику *Zweifel* я. Взгляните на таблицу, обнимающую цифру русских, немецких, австрийских, шведских, американских и польских авторов!

Активный метод, дающий в руках одних хорошие результаты (*Stöckel* — 8,4%), в других дает потрясающую смертность (американские авторы — 42%); консервативное ведение эклампсии по *Строганову*, дающее благой результат в ряде стран, в Швеции дало до 20% смертности.

И чем более мы изучаем клинику эклампсии, тем более мы приходим к выводу, что пока нет единой терапии, что не должно быть трафарета в проведении ее, что наблюдались случаи, кончавшиеся выздоровлением без всякой терапии, и случаи, где рокового исхода не могла предотвратить никакая терапия.

Борьба с ужасным гестозом будет успешной лишь при систематическом проведении ранних профилактических мер, при строго индивидуализирующем, бережном лечении самого заболевания, при условии тщательного клинического наблюдения и учета всего разнообразия его проявлений.

Интерес случая. Молодая первобеременная 21 года, поступает в клинику с болями в области сердца. После судорожного припадка наступает коматозное состояние, во время которого, 2 часа 50 минут спустя после припадка наступает смерть. Кесарское сечение на мертвой. Извлекается мертвый плод. Диагноз по вскрытии: эклампсия и кровоизлияние в мозг.

Случай 99-й

Н. А. В., 27 лет (№ приемного журнала 6947), поступила в клинику 24 февраля 1929 г. в 13 час. 25 мин. с родовыми схватками и небольшими кровянистыми выделениями.

Из анамнеза узнаем, что роды четвертые. Первые роды были в 1920 г., вторые в 1922 г., последние в 1926 г. Все роды были нормальные. После родов не болела. Абортов не было. Срока последней менструации и первых движений плода не помнит. Беременность протекала без особенностей, лишь за последний месяц были отеки ног. Последний coitus неделю назад. Боли начались в 8 часов. Воды не проходили.

При поступлении: роженица среднего роста, упитанная блондинка. Т. — 36,9°. Пульс 90, мало напряжен. Живот большой, не вполне правильной овоидной формы, со слабой пигментацией белой линии и обилием старых полос беременности. Брюшные покровы над лобком отечны. Дно матки почти у мечевидного отростка. Положение плода определить трудно. Мелкие части определяются как справа, так и слева близ дна. Предлежащая часть неопределима. Сердечные тоны плода выслушиваются слева ниже пупка, а также справа выше пупка. Высота дна матки 39 см, окружность живота 102 см; окружность таза 90 см.

Размеры таза: dist. spin. — 24 см; dist. crist. — 27 см; dist. troch. — 32 см; conj. ext. — 19 см; conj. lat. — 14,5 см.

На нижних конечностях умеренные варикозные расширения вен и резкая отечность стоп и голеней. Схватки очень частые и сильные. Жалоб нет.

Каковы диагноз и прогноз?

1. Срочные роды у многоплодной. Возможны двойни. Отечность механического происхождения.

2. Двойни более чем вероятны. Положение плода или плодов неясно. Отеки требуют анализа мочи. Без детального акушерского исследования предсказание невозможно.

Хотя мы и не можем определить крупных частей, все же наличие двух фокусов сердечных тонов, обилие мелких частей делают диагноз многоплодных родов более чем возможным. Предлежащей части мы не определяем, возможно, что она уже в тазу. Срочные ли роды — мы также не знаем, анамнез неполный. А раз мы предполагаем двойни, то по величине живота судить о доношенности беременности не можем. Обращают на себя внимание отеки. При двойнях отеки обычное явление; с другой стороны, напрашивается мысль о нефропатических отеках. Не угрожаема ли наша роженица по эклампсии? Мы знаем, что эклампсия нередко бывает при двойнях, также, что она нередко встречается и у многопложавших. Необходимо исследование.

Наружные половые части развиты правильно, несколько отечны, половая щель зияет. Шейка массивная, укорочена, зев открыт на 3 пальца. Пузырь цел, напрягается; во входе в таз небольшая головка. Мыс далеко.

Анализ мочи: цвет соломенно-желтый, уд. вес 1016, реакция кислая. Белка 0,16%. Лейкоциты 15—25 в поле зрения. Эритроциты неизменные по 1—2 не в каждом поле зрения. Гиалиновые и зернистые цилиндры до 40 в препарате, восковые цилиндры до 10 в препарате.

Измерили кровяное давление: 140 мм.

Стало ясно, что отеки не механические, что перед нами роженица, больная нефропатией, что мы имеем основание опасаться эклампсии, тем более, что кровяное давление повышено. Внутреннее исследование выяснило, что идет период раскрытия, что предлежит небольшая головка.

Взгляните на большой живот и вы поймете, что не один плод выполняет эту матку. Итак: двойни у многоплодной; первый плод, видимо, не вполне доношенный — в черепном предлежании; нефропатия.

Есть ли показания к вмешательству?

Нет. Вернее — пока нет. Будем ждать! Схватки сильные.

В 16 час. отошли воды в умеренном количестве, в 16 час. 30 минут родился плод мужского пола весом в 2400 г, длиной в 45 см.

Живот уменьшился мало. Наружным исследованием установлено, что второй близнец находится в ягодичном положении.

Что делать?

1. Надо вести роды консервативно. Чем больше пройдет времени с рождения первого плода, тем меньше опасность атонического кровотечения.

2. Надо ускорить родоразрешение, ведь больная угрожаема по эклампсии.

Из бесед о двойнях вы уже знаете, что мы не торопимся с извлечением второго плода, а даем матке время приспособиться к изменившимся пространственным отношениям. С другой стороны — роженица-нефропатичка, в моче белок, много цилиндров, кровяное давление повышенное. Надо поспешить с родоразрешением. Если и будет атоническое кровотечение, оно послужит в пользу большой как кровопускание.

В 16 час. 45 мин. дежурный врач с соблюдением строгих мер асептики приступил к внутреннему исследованию. Пуповина родившегося плода тянется вглубь. Открытие полное, пузырь второго близнеца во время схватки напряжен, во входе в таз подвижно стоят ягодички плода. Пузырь разорван, легко низведена ножка. Тут же появилась потужная боль, родилась вся ножка.

При следующей потуге родились ягодицы и туловище плода до лопаток, сделано ручное пособие. Извлечен плод, мужского пола, весом в 2450 г, длиною в 45 см. Кровотечение ничтожное. Через 15 минут родился послед, состоящий, из 2 плацент с оболочками. Дефектов нет. Разрывов нет. Матка хорошо сократилась.

Итак, родились однополые, двуйяцевые недоношенные двойни. Можем ли мы почитать на лаврах? Нет: хотя роды и закончились, опасность эклампсии не миновала, возможна послеродовая эклампсия. Будем же наблюдать!

В 17 час. 30 мин. родильница стала жаловаться, что „плохо видит“, видит „как в тумане“ Дано 0,3 люминала.

Скоро родильница уснула и проспала до 4 часов. В 4 часа — типический припадок эклампсии — первый, после чего полное сознание. Жалуется на головную боль. Впрыснут морфий (0,015). В 4 часа 20 мин. — припадок (второй). В 5 часов — припадок (третий).

Родильница жалуется, что очень плохо видит, в полном сознании.

В 8 час. — припадок (четвертый).

В 9 час. — припадок (пятый).

Дано 0,15 люминала.

К 10 час. родильница уснула и проспала до 3 час.

Общее состояние удовлетворительное. Просит пить Выпила стакан молока, помочилась (100 см³).

В 16 час. 45 минут — припадок эклампсии (шестой и последний).

В 17 час. — полное сознание, зрение хорошее, жалуется лишь на головную боль. На другой день — пульс 84, отеки спадают, мочи за сутки 1050 см³.

В дальнейшем послеродовой период прошел гладко. 5 марта родильница выписалась домой с двумя детьми.

Итак, наше опасение оправдалось — наступила послеродовая эклампсия.

Впервые в наших беседах мы встречаем случай, где припадки начинаются после завершения родового акта.

Все статистики гласят, что послеродовая эклампсия встречается реже, чем ecl. sub graviditate и ecl. sub partu.

Так *Zangemeister* указывает на 100 случаев: 22% эклампсии беременных, 50% эклампсии в родах, 18% в пуэрперии.

Некоторые авторы отмечают еще последовую эклампсию, т. е. эклампсию, где припадки начинаются еще до рождения послета. Полагаю, что эти случаи следует относить к eclampsia sub partu потому, что родовый акт мы считаем законченным с рождением послета. *Winter, Hinselmann, Herrmann* послеродовую эклампсией считают лишь те случаи, где первый припадок наступает при родившемся уже послете. Материал венских клиник обнимает 381 случай послеродовых эклампсий, т. е. 23,8% всех случаев эклампсии.

Наш материал (*Аловский*) дает 146 случаев эклампсии на 15000 родов. Эти 146 случаев разбивались так:

eclampsia sub graviditate	50 случаев
eclampsia sub partu	64
eclampsia post partum	32

Большая часть послеродовых эклампсий начинается в течение первых 6 часов после родов (по *Herrmann*'у 66%). До истечения суток припадки разражаются в 92,6% всех случаев. Остальные 7,4% случаев — начало припадков от 2 до 23 суток после родов (*Herrmann*) — относятся к разряду поздних эклампсий, о которых речь впереди. В материале *Селицкого* из 54 случаев в 52 припадки начались в течение первых 16 час. после родов, в одном — 30 час. и в одном — 46 час. 30 мин. *Лиховецкер* говорит, что в среднем эклампсия появлялась через 2—4 часа после родов. Если исчислить процент в отношении всех случаев эклампсии, то по *Zangemeister*'у, послеродовая эклампсия начинается в течение первых 6 час. после родов в 12%, до суток 5%, позже лишь в 1% случаев.

В нашем случае роды закончились в 16 час. 45 мин., первый припадок разразился в 4 часа ночи, — значит 11 час. 15 мин. после родов.

Интересно наблюдение *Lichtenstein*'а, отметившего, что в большинстве случаев послеродовую эклампсию роды закончились самопроизвольно (сборная статистика 88,75%, *Lichtenstein*'а — 84,3%, *Herrmann*'а — 96%). Объясняет он это тем, что при самопроизвольном родоразрешении кровопотеря наименьшая и исчисляется им в среднем в 160 см³. Получается впечатление, что кровопотеря, которая при оперативном родоразрешении всегда большая, играет не-

которым образом роль профилактического кровопускания. Возникновение припадков при послеродовой эклампсии отмечается *Селицким* в 48 случаях после нормальных родов (83,9%) и только в 9 — после оперативного пособия (16,1%).

Обычно в случаях послеродовой эклампсии имеются предваряющие симптомы или уже во время беременности или же лишь в течение родов. В нашем случае отеки были уже в конце беременности, головная боль и повышенное кровяное давление были в родах, расстройство зрения появилось сразу после родов.

Высокое кровяное давление в паузеперии, по *De Snoo*, указывает на то, что в системе кровообращения существует токсическое вещество, следовательно есть и угроза эклампсии.

Исход при послеродовой эклампсии благоприятнее, чем при eclampsia sub partu.

Stöckel говорит: „Наиболее опасна эклампсия в родах, в большинстве случаев несколько благоприятнее послеродовая“. Сборная статистика *Winter*'а дает на 383 случая — 20% смертности. По другим статистикам она колеблется от 5,2 до 27,6%. Шведский материал *Essen-Möller*'а дает для разных годов смертность в 11,8, 15,3, 26,9%. *Herrmann* для Вены указывает 12,3%.

Какие случаи дают худший прогноз, ранние или поздние послеродовые? По *Thaler*'у случаи, начавшиеся в первые 3 часа после родов, дают смертность в 4,7%, более поздние — 17,5%; по *Herrmann*'у более ранние 12,7%, более поздние 16,6%. Тяжелое течение поздних случаев отмечает и английский автор *Fletscher-Schaw*.

Терапия послеродовой эклампсии должна быть по преимуществу медикаментозная, в случае надобности в комбинации с кровопусканием (*Строганов — Zweifel*). Общим признанием пользуется люминал. Предлагали magnesium sulfat. (*Einar, Rissmann*) — 10—15 г 25% раствора подкожно или межмышечно. *Vogt* рекомендует виноградный сахар и инсулин, *Hochenbichler* — освещение всего тела кварцевой лампой; *Latzko, Acconci* видели успех после выскабливания deciduae. *Zangemeister* предложил даже экстирпацию матки. При олигурии и анурии *Martius* считает показанным освещение лучами Рентгена, потому что при уремии после рентгенизации наблюдается усиленный диурез.

Вопрос о диурезе при послеродовой эклампсии имеет огромное значение. Как ultimum refugium остается декапсуляция почек, предложенная *Edebohls*'ом.

Не следует забывать и опасность осложнения бронхопневмонией. Профилактика заключается в принятии мер к избежанию затекания жидкостей в дыхательное горло. Никогда не следует больной в бессознательном состоянии вливать в рот молоко или лекарства. При явлениях отека легких полезны сухие банки. При сильном слюнотечении полезно осторожное удаление секрета изо рта и зева; голову следует положить низко и на бок, временами полезно даже удерживать голову свешенной через край кровати. При затрудненном дыхании полезны вдыхания кислорода. Если после припадка дыхание не возобновляется, рекомендуется искусственное дыхание.

Если при высоком кровяном давлении обязательно кровопускание, то, наоборот, при слабом, малом, частом пульсе (кстати, признаке очень грозном) показаны сердечные (камфора, дигален).

Несколько слов о „поздней эклампсии“ (eclampsia tarda). Поздней эклампсией мы называем послеродовую эклампсию с началом припадков спустя более суток после родов. Случаи эти редкие. „Возникновение инсультов через несколько дней является редко, через несколько же недель представляется даже своего рода раритетом“ (*Селицкий*). *Zangemeister* отрицает возможность появления типической эклампсии после 3-х суток; *Heynemann* относится также скептически к диагнозу „поздней эклампсии“. *Versè, Meyer* видели случаи аутохтонного тромбоза синусов, поведших к экламптиформным судорогам. Описаны случаи менингита, отравления карболовой кислотой, сулемой, принятых за эклампсию. Все же в литературе имеется большой ряд случаев настоящей поздней эклампсии. Срок наступления припадков колеблется между вторым и 65-м днями после родов. Материал венских клиник (*Herrmann*) дает 29 случаев поздней эклампсии, из которых смертью окончились 4. На вскрытии лишь

в одном случае патолого-анатомические данные с несомненностью указывали на эклампсию. Поэтому следует действительно ставить диагноз поздней эклампсии с осторожностью.

Из наших 146 случаев один может быть определен как „поздняя эклампсия“. Об этом случае я упомянул в беседе 97-й, в связи с вопросом о постэкламптических психозах (Т. П. З. № 1138). Спустя 2 недели после родов начались припадки. Всего их было 5, четыре были в клинике. Типические припадки, отеки, белок в моче (4,5‰), цилиндрурия (до 20 гиалиновых цилиндров в препарате) не оставляли сомнений в правильности диагноза. Случай осложнился острым галлюцинаторным психозом.

На более тяжкий прогноз поздней эклампсии я уже указал.

Спросим себя попутно, бывают ли случаи „ранней эклампсии“. „Eclampsia praecox“ мы назвали (см. беседу 90) случаи, когда припадки раздражаются в ранние (3—7) месяцы беременности. *Ebeler* предлагает называть ранней эклампсией случаи до 20-й недели беременности, — правильнее применять это название к заболеваниям до 28 недели, как предлагает *Hinselmann*. Редкость подобных случаев явствует из сборной статистики, собранной *Herrmann*'ом и обнимающей 3260 случаев эклампсии с 27 „ранними эклампсиями“—0,8‰. В литературе имеются сообщения об эклампсиях на 2-й, 4-й, 6-й неделе беременности (*Ebeler — Bollag, Prestat, Bach, Auward, Damel*), на 2-м месяце (*Dosenheimer*), на 3-м месяце (*Laubenburg*), на 14-й неделе (*Goedecke, Freund, Olshausen, Paeloch, Guggenheimer, Zweifel, Haendly*). Поневоле приходится отнестись с некоторым скептицизмом к подобным сообщениям. Возможны диагностические ошибки (отравления, истерия, менингит, уремия, энцефалит). Все же есть наблюдения, подтвержденные вскрытием. Перворекоменные заболевают ранней эклампсией столь же часто, как и повторнобеременные (*Herrmann*). В большинстве случаев существует альбуминурия (обычно до 5‰). Нередко анамнестически и клинически удается установить наличие нефрита. На наши 146 эклампсий приходится 2 случая *eclampsia praecox*, на 6-м и на 7-м месяце беременности.

Интересно, что ранняя эклампсия наблюдалась даже при внематочной беременности. *Olshausen, Peham, Mackenrodt, Ebeler, Freund* сообщают о таких случаях. *Luniewski* видел эклампсию при яичниковой беременности.

Нередки также случаи эклампсии при пузырьном заносе (10 случаев в литературе). В случае *Westermarck*'а поздняя эклампсия разразилась на 65-й день после пузырного заноса — на 5-м месяце.

В заключение упомяну еще 2 редких формы эклампсий: эклампсию без судорог и эклампсию без белка.

Встречаются редкие случаи эклампсии, в которых главный симптом болезни — судороги — отсутствует. По *Bouffe de Saint-Blaise*, судороги имеют значение только симптома. Если картина болезни выражена отчетливо, за исключением судорог, то перед нами атипичная эклампсия, идущая под названием *eclampsia sine eclampsia, eclampsia cryptica (Heynemann), status praeclimpticus (Bock)*, „абортивная“, „рудиментарная“ эклампсия. *Schmorl* доказал, что в случаях эклампсии без судорог патолого-анатомические данные вполне сходны с теми при типической эклампсии. *Bock* набрал 47 случаев атипичной эклампсии, *Селицкий* еще в 1913 г. собрал в мировой литературе 51 случай эклампсии без судорог с общим процентом смертности 66,6‰; в своей монографии (1926 г.) он дает подробный обзор 69 наблюдений. В русской литературе опубликовано 10 случаев (*Гусаков — 2, Кацнельсон — 1, Лиховецкер — 1, Писемский — 1, Селицкий — 1, Скробанский — 1, Строганов — 2, Федоров — 1*). Некоторые авторы (напр. *Birkenbach*) полагают, что диагноз эклампсии без судорог может быть поставлен только на секционном столе. Другие (*Seitz, Селицкий*) с этим не согласны. Картина болезни сводится к ряду симптомов, наблюдаемых при типической эклампсии: головные боли, расстройство зрения, напряженный пульс, высокое кровяное давление, олигурия, высокое содержание в моче белка и цилиндров, тяжелое и длительное бессознательное состояние. В некоторых случаях имеются намеки на судороги в виде мышечных подергиваний в лице и в руках.

Прогноз тяжелый. Смертность у *Herrmann*'а 77,7‰, у *Селицкого* 66,6‰ (впоследствии 71‰). *Marek* (1913) говорит, что прогноз крайне неблагоприятный,

терапия представляется беспомощной, умирают 70—80%. Один только *Albeck*, описавший 12 случаев эклампсии без судорог и потерявший одну больную, дает процент смертности 8,3%.

Естественно возникает вопрос, не есть ли эклампсия без судорог не что иное, как известная уже вам преэклампсия (эклампсизм, *status preeclampsicus*). Где же критерий для явлений эклампсизма и случаев эклампсии без судорог? По мнению *Селицкого* „главным критерием дифференцирования является клиническая картина и течение процесса: при эклампсии без судорог существует известный симптомокомплекс, в котором наиболее часто встречается и играет главную роль кома; затем наряду с комой все явления наблюдаются в более резкой форме, чем при явлениях эклампсизма, отличаются бурным течением при быстрой смене патологических проявлений“. В числе симптомов наибольшее значение имеют церебральные: кома, stupor, бессознательное состояние, общее возбуждение и беспокойство. С этим согласны все авторы.

В заключение несколько слов об эклампсии без белка.

К симптомокомплексу преэклампсии и эклампсии принадлежит альбуминурия как неотъемлемая часть. Все же встречаются случаи, в которых белка в моче нет вовсе или же находят лишь следы его. Это тем более поражает, что обычно при эклампсии моча содержит много белка—от 1 до 60‰. Целый ряд авторов опубликовал случаи безбелковой эклампсии. *Esch* на 496 случаев отмечает 1,56% случаев эклампсии без белка. Другие авторы находили подобные случаи еще чаще. По *Zangemeister—Wieloch*'у это объясняется тем, что гидрорический процесс захватывает и почки. *Herrmann* на 1559 эклампсий отмечает 52 случая безбелковой эклампсии (3,3%), из них со смертельным исходом 2 (4%). Эти 52 случая распределяются так: 7 эклампсий беременности с 2 смертями, 23 эклампсии в родах, 22 послеродовых без смертей. 88,5% были первобеременные, 11,5%—повторнородящие.

Трудно понять генез эклампсии без белка: этот вопрос ждет еще своего разрешения. Клинический опыт учит, что безбелковая эклампсия дает лучшее предсказание, чем эклампсия типическая даже при наличии большого числа припадков.

Интерес случая. 27-летняя отечная многородящая поступает в роды. Определяются двойни. Первый плод рождается в затылочном предлежании, второй—в ягодичном положении. Ставятся показания к ускорению родового акта. После низведения ножки быстро рождается второй близнец. Спустя 11 час. 15 мин. разражается эклампсия. Припадков всего 6. Лечение медикаментозное. Полное выздоровление.

Добавление

В настоящих беседах перед вашими глазами прошли разнообразные формы гестозов, начиная с столь обычного гидрпса, таящего в себе как бы зачатки более серьезных видов предшественников эклампсии—нефропатии и преэклампсии; в дальнейшем я предоставил вашему вниманию ряд случаев эклампсии беременной женщины, роженицы и родильницы, начиная с легкой интеркуррентной формы ее до тяжчайшей, окончившейся смертью больной после первого же припадков. Какие же выводы может сделать врач для своей практической работы? Учитывая, что и по настоящее время патогенез токсикозов в целом и эклампсии в частности не выяснен, что пока еще мы не знаем истинной терапии эклампсии, врач должен осознать первенствующую важность профилактики гестозов и понять, что борьба с эклампсией должна начаться не в момент припадков, что борьба с врагом может лишь тогда завершиться победой, если наступление ведется на передовые его отряды—на самые начальные проявления гестоза, на низших ступенях его развития.

Велика и прекрасна задача охраны материнства и младенчества! В идеале каждая беременная женщина с самого начала беременности должна быть под наблюдением консультации беременных. Уже первые проявления отеков должны побудить врача назначить особый режим: ограничение питья, ограничение белковой пищи и соли, движения на воздухе, обязательные периодические исследова-

нии мочи на белок и форменные элементы, контроль веса тела, кровяного давления. Терапия гипропса — наиболее действительная профилактика следующей ступени гестозов — нефропатии.

При явлениях нефропатии надо настоять на постельном покое, лечении, „голодом и жаждой“. Молочная диета противопоказана. В дальнейшем рекомендуют сухое состояние, бессолевую диету. Тщательное наблюдение за весом тела, диурезом, состоянием мочи, кровяным давлением, состоянием сердца, глазного дна — обязательно. Леча нефропатию, мы осуществляем профилактику преэклампсии.

Тот же строгий режим вводится, если уже выявилась вся картина преэклампсии. Больная изолируется, наблюдение за нею усиливается. В случае быстрого ухудшения состояния больной и нарастании мозговых явлений — показана люмбальная пункция, при быстром повышении кровяного давления — кровопускание. У повторнородящих допускается прокол плодного пузыря. В исключительно тяжелых случаях — брюшностеночное кесарское сечение.

При достижении больной высшей ступени гестоза — при эклампсии — лечение должно начаться в момент поступления: „раннее лечение“. В основу его кладется строгая индивидуализация. При эклампсии беременности и удовлетворительном состоянии больной — консервативное лечение [изоляция, кровопускание, кратковременный наркоз (НСI₂), во время которого производятся наружное и ректальное исследование, бритье, катетеризация пузыря и пр.] и наркотики (морфий, люминал, сернокислая магнезия, реже хлорал-гидрат). При частых припадках, глубокой коме — люмбальная пункция и, если после нее не наступает значительного улучшения — брюшностеночное кесарское сечение (независимо от жизнеспособности плода).

При эклампсии в родах все манипуляции производятся в наркозе.

а) В начале периода раскрытия в легком случае, при полном сознании между припадками — кровопускание и наркотические до выяснения течения заболевания; в тяжелом случае (учащение припадков, кома, высокое кровяное давление) — брюшностеночное кесарское сечение у первородящих, брюшностеночное или влагалищное кесарское сечение — у повторнородящих.

б) При 2—3 пальцах открытия — в легком случае при хорошей родовой деятельности — разрыв пузыря в наркозе, в тяжелом случае — поворот по Braxton-Hicks; в виде исключения у повторнородящей допустимо и влагалищное кесарское сечение. В тех же случаях при наличии инфекции следует стремиться к повороту по Braxton-Hicks'у.

в) В периоде изгнания, если роды не обещают в ближайшее время завершиться естественным путем, показана родоразрешающая операция, смотря по особенностям случая: щипцы, поворот с извлечением, извлечение за тазовой конец, при заведомо мертвом плоде перфорация и краниоэкзистация.

Параллельно с чисто акушерской терапией, стремящейся в общем и целом к завершению родов, идет индивидуализированный наркотический метод (морфий, люминал, сернокислая магнезия). Абсолютно противопоказаны препараты гипофиза.

Последовый период ведется по общим правилам с тенденцией к ускорению его. Ручного отделения последа следует избегать ввиду пониженной сопротивляемости против инфекции.

При послеродовой эклампсии показан наркотический метод, при высоком кровяном давлении в комбинации с кровопусканием; при мозговых явлениях — люмбальная пункция; при явлениях отека легких — банки; при ослаблении сердечной деятельности — камфора, дигален под кожу; при полной анурии может возникнуть вопрос о декапсуляции почек.

В пuerперии — необходимо всестороннее клиническое наблюдение (суточное количество мочи, частые анализы, температура, пульс, кровяное давление, деятельность сердца, легких и кишечника, зрение, отеки, уход за полостью рта и прикушенным языком). Per os не следует давать *ничего* до восстановления способности глотать, после чего назначается молочная и бессолевая диета. Спорынья противопоказана. С выпиской родильницы далеко не закончено задание врача. Каждая женщина, перенесшая эклампсию или преэклампсию, должна

остаться под длительным наблюдением потому, что еще долгое время она может давать явления как со стороны почек, так и со стороны нервной системы.

Вы видите, что вопрос „терапии эклампсии“ не должен быть вопросом лечения самой эклампсии. Он гораздо шире и глубже. Перед врачом, посвятившим себя делу родовспоможения, тут открывается широкое поле для неустанной работы как клинически лечебной, так и истинно - профилактической. И врач отдавший свои силы на борьбу с гестозом, не останется неудовлетворенным. Он будет видеть плоды своих трудов и благодарность матерей и из сознания плодотворности своей работы он будет черпать силы для дальнейшей борьбы с грозным бичом рожающей женщины.

УЗКИЙ ТАЗ

Случай 100-й

А. И. Е., 22 лет (№ приемного журнала 3545), поступила в клинику 14 декабря 1928 года, в 23 часа 15 минут в родах.

Краткий анамнез; беременность вторая. Год назад были преждевременные роды 7 месяцев.

Пациентка в детстве ничем не хворала, росла в бедной семье, рано начала работать; месячные пришли на 17-м году, шли через месяц, по 3 дня, с болями. 18 лет вышла замуж, первые два года не беременела, 20 лет забеременела; без видимой причины беременность прервалась на 7-м месяце; ребенок вскоре умер. Последние месячные 1 марта 1928 г., движение плода стала ощущать с 15 июля. Беременность протекала без особенностей. 14 декабря в 15 час. начались родовые схватки, к вечеру участившиеся, что и заставило роженицу еще до ночи поступить в клинику. Воды отошли по дороге в клинику.

При поступлении; роженица роста ниже среднего (139 см), правильного, но слабого телосложения, ослабленного питания. Т.—36,6°. Пульс 80. Внутренние органы без изменений. Живот выпячен беременной маткой, единичные полосы беременности, пигментация слабая, пупок выпячен. Дно матки почти у меча, высота дна от лона 36 см; окружность живота 88 см. В дне матки—ягодицы, спинка слева, мелкие части не прощупываются. Предлежит головка, прижатая ко входу. Сердечные тоны плода слева ниже пупка, 136 в мин.

Размеры таза: dist. spin.—21 см.; dist. crist.—25 см.; dist. troch.—29 см; conj. ext.—15,5 см. Схватки частые, сильные.

Каковы диагноз и прогноз?

1. Доношенные роды в первой позиции головного предлежания. Размеры таза с определенностью указывают на узкий таз. Прогноз более чем сомнителен.

2. Судя по росту роженицы и размерам таза—таз узкий. Для суждения о прогнозе требуется тщательное исследование и учет всех родовых факторов.

На основании анамнеза мы имеем право считать роды доношенными. Положение плода правильное. Размеры таза резко разнятся от нормальных. Перед нами несомненно узкий таз. И если первые роды завершились самопроизвольно, то это нас не удивляет: плод был семимесячный недоносок. Наружная конъюгата в 15,5 см! Казалось бы, мы имеем достаточно оснований для тревоги. Узкий таз! Как часто слышишь это слово из уст врачей и пациенток. Но так ли ясно всем нам, что понимать под словом „узкий таз“? В старое время узким тазом считался лишь таз, представивший в процессе родов действительное серьезное механическое препятствие. В дальнейшем понятие узкого таза было несколько расширено *Michaelis'*ом. *Litzmann*, один из крупнейших авторитетов в этой области, полагает, что границей, от которой начинается узкотазие в акушерском смысле, следует считать ту степень укорочения одного из основных размеров таза, которая при прочих обычных условиях (средняя величина и резистентность зрелого плода) имеет прямое механическое, но не обязательно затрудняющее роды влияние на процесс родов.

По А. Я. Красовскому неправильным тазом в акушерском отношении называется такой, который представляет отклонения и изменения в форме, величине, емкости и наклонении. Неправильности эти распространяются на весь таз или на отдельные его части, а именно: могут быть укорочены все размеры таза или же укорочен бывает один из размеров какого-либо отдела, а другие оказываются нормальными или соответственно удлинненными, или

укорочение какого либо одного диаметра существует во всех отделах таза, или, наконец, все размеры одного и того же отдела полости малого таза укорочены, размеры же других отделов представляются или нормальными или, напротив, даже удлиненными.

Вы видите, что дать точное определение понятия узкого таза не так легко как кажется на первый взгляд. С чисто акушерской точки зрения *Vimm* предлагает считать каждый таз узким, если только один из главных размеров его укорочен на 1,5—2 см. Подобное сужение вовсе еще не представляет фактора, которому присуще практическое значение. Часто оно даже ничем не проявляется. Совсем другое дело, если укорочение одного или нескольких размеров таза дает затруднение в родах вследствие несоответствия таза и головки. Такое механическое затруднение может дать действительно суженный таз, но подчас мы видим затруднение в родах при тазах физиологически широких, если головка или плечевой пояс объемистее, чем тазовое кольцо, если вставление головки неблагоприятно или родовые силы недостаточны для преодоления незначительного несоответствия. В таких случаях перед нами будет тоже „узкий таз“ без всякого анатомического сужения его. На основании подобных соображений можно действительно принять предложение *Ed. Martin'a* различать „суженный таз“ от „узкого таза“. „Суженный таз“ есть, по *Martin'u*, понятие теоретическое, „узкий таз“ — понятие практическое. „Суженный таз“ есть таз, укороченный в одном или нескольких своих размерах. „Узкий таз“ означает несоответствие между костным родовым каналом и объектом родов — плодом, означает угрозу родам или полную их невозможность.

Практический врач, конечно, интересуется особенностями или изменениями таза роженицы постольку, поскольку они могут так или иначе повлиять на механизм родов и все течение родового акта. „Суженный таз“ в смысле *Martin'a*, он будет изучать лишь если последний грозит какими-либо осложнениями в родах. Теоретические изыскания он оставит в стороне.

Каков же таз у нашей роженицы? Наружные размеры резко укорочены и, хотя мы и не знаем размеров внутренних, все же считаем, что нормальный таз не может иметь таких наружных размеров. Таз несомненно „сужен“. Взгляните на размеры таза: он укорочен весь и притом равномерно. Таз нашей роженицы общеравномерносуженный, *pelvis aequabiliter justo minor*. Он производит впечатление таза ребенка или подростка, таза, не достигшего полного своего развития, остановившегося на более или менее ранней ступени своего развития. Взгляните на телосложение роженицы: вы видите и общее недоразвитие ее, недоразвитие ее костяка. Вся она производит впечатление почти ребенка, а ей уже 22 года. Мы вправе остановиться на анатомическом диагнозе: общеравномерно суженного таза юношеского типа (*pelvis aequabiliter justo minor infantilis*).

Практическому врачу часто приходится иметь дело с тазами равномерно-суженными. Самая редкая форма — карликовый таз (*pelvis nana*) — вряд ли когда-либо вам встретится, чаще вы встретите суженный таз мужского типа (*pelvis virilis*), наиболее часто вы будете иметь дело с тазом юношеского типа, как у нашей роженицы, или с простым общеравномерносуженным тазом. В этиологии его лежит или первоначально существующее недоразвитие всего костяка или же преждевременная остановка роста костной системы. Возможны комбинации того и другого моментов. Установлена последовательная передача недоразвития скелета от матери к дочери (*Michaelis*). *Litzmann* подчеркивает частоту остановки развития первоначально правильно развивающегося костяка. Momentами, ведущими к подобной остановке развития, являются плохое питание, истощение, вследствие хронических болезней в детском или юношеском возрасте (скрофулез, хлороз), тяжелый физический труд в детском возрасте. Возможно, что в некоторых случаях в основе лежит недостаточная деятельность яичников в детском возрасте или в период полового созревания. Некоторые авторы приводят в числе этиологических моментов рахит, кретинизм. Анамнез нашей роженицы указывает на бедность (значит, и недостаточное питание в детстве) и ранний физический труд.

Несколько слов об анатомических особенностях юношеского таза.

Наряду с укорочением всех диаметров во всех плоскостях таза он обнаруживает некоторые признаки, свойственные тазу ребенка: узкий, вследствие недоразвития крыльев, и мало изогнутый крестец, малое продвижение его кпереди между подвздошными костями, высокое стояние мыса, узкая лонная дуга, незначительное поперечное напряжение передней полуокружности костного таза, вход в таз не поперечно-овальный, а скорее круглый или даже продольноовальный (см. рис. 151 и 252), подчас воронкообразное схождение боковых стенок таза к выходу. В некоторых случаях найдено даже отсутствие окостенения хрящевых прослоек между тремя костями, составляющими в совокупности своей тазовую или безымянную кость. Все внутренние размеры таза укорочены, но степень этого укорочения обычно невелика. Они укорочены на 1—2, никогда не больше 3,5 см. Подобные таза встречаются обычно у женщин, которые и в других отношениях проявляют видимое отклонение от нормы. Рост у них обычно не высокий, скорее низкий (рост нашей роженицы 139 см), телосложение

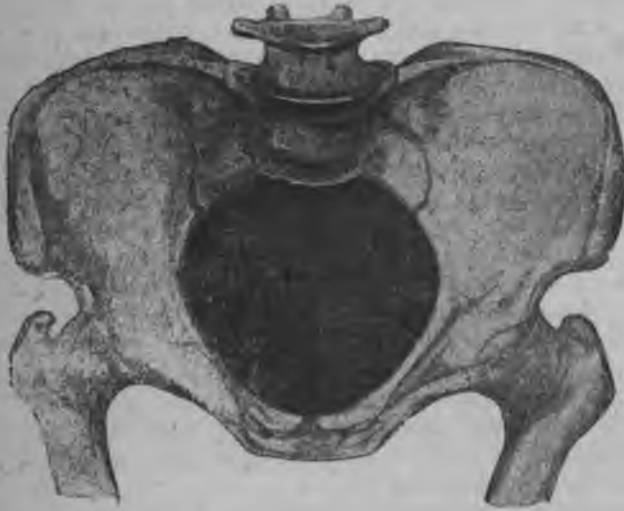


Рис. 251 Нормальный таз.

хрупкое; гипоплазия всего скелета, недостаточное развитие грудных желез, подчас с порочным развитием сосков, недоразвитые наружные половые части, наблюдались и пороки развития внутренних половых органов в виде гипоплазии, инфантильности или раздвоения матки. В отдельных частях тела наблюдаются также ненормальности, как-то: плоское переносье, высокое небо, прогнатизм верхней челюсти, неправильное строение зубов и другие признаки вырождения (*Morei*). Некоторые авторы отмечают частую комбинацию с хлорозом.

Вернемся сейчас к нашей роженице и займемся более детальным исследованием ее. Скелет развит правильно. Нигде никаких деформаций или следов рахита. Она — шатенка с карими глазами, лицо почти детское (выражение лица), уши морелевские, зубы ровные, боковые резцы отсутствуют, груди маленькие, плоские, с мало возвышающимися маленькими сосками. Пигментация слабая. Волосистость в подмышковых впадинах и на лобке скудная. Неружные части явно недоразвитые, плоские большие губы, малые губы гипопластичны. Промежность низкая. Обратите внимание на крылья подвздошных костей. Они стоят довольно круто, разница между *dist. spinarum ilei* и *dist. cristarum maxima* целых 4 см. На последнее обстоятельство я обращаю ваше внимание, так как при общесуженных тазах разница между этими размерами составляет чаще всего 3 см, как в нормальных тазах, нередко же она увеличена против нормы.

Попросим роженицу встать: грудная клетка довольно узкая, позвоночник прямой, нормальные изгибы мало выражены, область крестца плоская, ромб *Michaelis'a* узкий, верхний угол его тупой. Наклонение таза незначительное. Округлость таза 81 (вместо 85 — 89).



Рис. 252. Общеравномерносуженный таз. Все размеры укорочены.

Если диагноз поставить было не трудно, то труднее высказаться о прогнозе родов.

1. Общее сужение таза значительное. Роды доношенные, головка только прижата ко входу. Прогноз серьезный.

2. В прогностике нельзя руководствоваться одними размерами таза, да еще только наружными. Прочих родовых факторов мы еще не учли, поэтому необходимо наблюдение за течением родов.

В каждом случае родов мы производим тщательную пельвиметрию, но сознаем при этом, что значение наружных размеров таза никоим образом не дает нам права судить о предстоящем ходе родов. Каждый опытный врач-акушер видел самопроизвольное родоразрешение у женщин с наружной конъюгатой в 17—16 см и видел случаи тяжелой дистокии у женщин с наружной конъюгатой 18—19—20 см. Абсолютная ценность наружной конъюгаты невелика. Для суждения о том, есть ли в конкретном случае суженного таза действительно „узкий таз“, врач-акушер должен учесть не только наружные размеры таза, а всю совокупность родовых факторов данного случая. Сюда входят: фактическая емкость костного таза (обследование тазовой полости ректально или вагинально), величина истинной конъюгаты (вычисленная из диагональной), свойства мягких родовых путей, величина головки, твердость ее, способность ее к конфигурации, взаимоотношение головки и тазового входа (признак Непкел—Вастена), вдавливание по Р. Müller'у с контролем рег гестив, фактическая мощь и эффективность родовых сил и пр.

Из этого беглого перечня моментов вы видите, что в каждом конкретном случае родов перед врачом-акушером открывается обширное поле для наблюдений, что в акушерстве не должно быть „механического мышления“, что такой живой многогранный процесс, как родовой акт требует от врача живого, вдумчивого к себе отношения и глубокого учета всех его многочисленных деталей. Можем ли мы в нашем случае только на основании знания наружных размеров таза (наружная конъюгата 15,5 см) ставить прогноз? Нет, никоим образом. Мы не должны безапелляционно ставить прогностику, мы ведь оперируем со слишком многими неизвестными. Понаблюдаем за ходом родов.

24 часа: схватки через 4 минуты, довольно сильные, продолжительностью в полторы минуты. Сердечные тоны слева ниже пупка. Головка во входе в таз, значительно более вставившаяся, чем полчаса тому назад, над симфизом не выступает.

Рег гестив: крестцовая впадина пустая, открытие зева около 4 пальцев, края тонкие, головка покрыта небольшой родовой опухолью во входе в таз, большей своей периферией прошла плоскость входа, стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок почти по проводной линии таза. Большой — недостижим. Мыс еле достижим согнутым пальцем. Вогнутость крестца выражена слабо, боковые стенки таза легко обойти пальцем.

Исследование нас убеждает в том, что головка продвигается, что заметного несоответствия между тазом и головкой нет. Имеем ли мы основания ставить грустный прогноз? Нет, никаких, лишь бы не ослабели изгоняющие силы.

Прошел час. 1 час: схватки сильные, потужного характера, сердечные тоны без изменений, ближе к средней линии; 3-й прием Leopold'a убеждает, что головка спустилась в полость таза, в глубине определяется лишь основание черепа, справа над лонной костью прощупывается подбородок.

В 1 час 30 минут сильные потуги. Промежность начинает выпячиваться, половая щель раскрывается.

Мы готовимся к приемке.

Вульва инфантильна, вход узкий, как бы не случилось разрыва! Мы стоим перед задачей защитить мягкие части выхода от разрыва.

Нужна ли вообще „защита промежности?“ Нет сомнения, что во многих случаях всякие манипуляции над прорезывающейся головкой и над промежностью излишни. Каждому из вас известны случаи родов, протекшие без всякой помощи в подчас невероятных условиях обстановки, родов, не оставивших ни малейших разрывов промежности. И тем не менее в круг обязанностей врача или акушерки, призванных оказать помощь в родах, входит „защита промежности“, вернее предохранение не только промежности, но и всех мягких частей выхода от родовой травмы.

Смысл защиты промежности двоякий:

1. Прорезывающаяся головка должна продвигаться медленно и постепенно дабы тазовое дно могло развернуться наиболее совершенно, чтобы были испол-

зованы все возможности растяжения тканей, входящих в состав мышечно-фиброзного дна и образующих в совокупности своей выходную трубу.

2. Головка должна прорезываться надлежащим размером, т. е. она должна продвигаться в таком „членорасположении“, которое наименее всего потребовало бы растягивания этой выходной трубы. Таким членорасположением будут состояние значительного сгибания и максимальная окружность головки, которая в каждый момент прорезывания будет выполнять собою просвет трубы, будет окружностью по малому косому размеру—*planum suboccipito-bregmaticum*.

Соответственно этому „защита промежности“ должна стремиться к тому, чтобы задерживать стремительный натиск головки. Это достигается противо-



Рис. 253. Защита промежности.

давлением, которое оказывает головке рука врача. Это противодействие нужно центрировать на самой головке, не на промежности. Как часто мы видим, как врач или акушерка давит всей силой на промежность и через нее на головку. Против этого надо восставать, потому что всякое давление на материнские ткани вредно тем, что оно травмирует, разминает ткани, обескровливает их, понижая этим их питание. Понятно, что ткань размятая, лишенная питания не может в должной мере растянуться и легче рвется. Достигается результат, противоположный тому, к которому стремишься. Сгибательное положение головки достигается тем, что давление производится на передний отдел головки. Головка, соединенная с позвоночником в области большой затылочной дыры, представляет собою неравноплечий рычаг; короткое плечо рычага соответствует затылочной части головки, длинное — переднему ее отделу. Задерживая в момент прорезывания длинный рычаг, т. е. лобную часть головки, мы способствуем продвижению короткого рычага, т. е. выкатыванию из - под лонной дуги затылка: головка прорезывается своим малым косым размером.

Если не позаботиться о сгибании головки, то легко может наступить дефлексия ранее желательного момента: головка будет прорезываться, стоя в вальварном кольце окружностью по своему прямому размеру.

Это неблагоприятно потому, что этот *planum occipito-frontale* имеет окружность в 34 см, в то время как окружность головки по *planum suboccipito-bregmaticum* имеет 32 см. Конкретно я предлагаю защиту промежности производить следующим образом. Роженица лежит на спине с согнутыми в коленях и тазобедренных суставах и разведенными ногами. Таз роженицы приподнят и лежит на плотном пальто. Врач, продезинфицировав руки, наблюдает за врезыванием, стоя справа от роженицы. Пока головка во время паузы скрывается за половую щелью — всякие манипуляции излишни и вредны. Когда же начинается прорезывание, т. е. когда головка больше не уходит во время паузы врач кладет левую руку на лоб так, что корень кисти покоится на лобке, концы же 4 пальцев производят давление на головку, располагаясь на ней мякотью ногтевых фаланг чуть выше напрягающейся спайки (рис. 253). Давление производится не концами пальцев, а мякотью фаланг и исключительно во время потуги. В это время ладонь не давит на голову, а, наоборот, дает полную свободу рождающемуся затылку продвигаться в ее направлении.

Полезно во время паузы следить за тем, чтобы передняя окружность вальварного кольца, область клитора и малые губы были спущены с рождающегося затылка.

Во время прорезывания головки правая рука врача не касается вовсе промежности, разве что изредка обмывает спайку и промежность ваткой, смоченной слабым раствором сулемы.

Врач зорко следит за промежностью и, если, по чрезмерному ее напряжению, по лоснящемуся блеску, по начинающемуся расхождению эпидермиса он убеждается, что разрыв неминуем, он производит перинеотомию так, как изложено в беседе № 37.

Если же предвидится полный успех защиты, он продолжает изложенные манипуляции до тех пор, пока из вульварного кольца не выйдут теменные бугры, после чего, прекращая удерживание головки и сгибание, он позволяет ей выкатиться и разогнуться или же производит дефлексию, производя правой рукой давление на подбородок плода, стоящий в этот момент над задней промежностью между anus'ом и копчиком (способ Ritgen'a). Во время выведения головки роженица не должна тужиться, она должна положить руки на грудь и ровно и глубоко дышать, подавляя в себе желание тужиться.

Полагаю, что изложенный способ защиты промежности наиболее верно предохранит тазовое дно от разрывов. Эпизиотомию при самопроизвольных родах я отвергаю, перинеотомию применяю в указанных случаях, считая что резаная рана заживает лучше рваной. Я не согласен с *Rubeska* (Прага—1929), который вовсе отвергает разрез вульварного кольца, считая что он не предохраняет промежность от разрывов и что спонтанные разрывы заживают не хуже разрезов.

Оригинален взгляд *v. Jaschke*, который полагает, что при нормальном состоянии мягких частей, нормальном тазовом выходе защита промежности излишня. При узости и ригидности тканей выхода, сужении в костном выходе, ненормальной величине и членорасположении головки защита промежности вредна. Совершенно прав *v. Jaschke*, утверждая, что сохранение поверхностных слоев промежности нередко достигается ценою целости глубоких мышечных и фасциальных образований. По его мнению, принципиально следует стремиться к сохранению промежности только там, где по всем видимостям это возможно без травматизации ножек леваторов. В сомнительных случаях рассечение промежности (может быть при случае и ненужное) менее вредно, чем повреждение леваторов. „Эпизиотомия (или перинеотомия) не должна быть приемом, возведенным как принцип в метод защиты промежности, но следует с полным знанием дела, с терпением и искусством стремиться к сохранению промежности“ (*Winter*). В этих соображениях считаю интересным указать, что *Bardenheuer* (1929) придает большое значение положению роженицы в момент врезывания и прорезывания головки.

При его способе роженица лежит на спине на твердом пальстере под крестцом. Она пригибает бедра максимально к животу, удерживая колени своими руками; при этом бедра разведены умеренно. С того же момента, как головка во время паузы своим большим сегментом остается видимой в половой щели, роженица опускает свои ноги; ноги вытягиваются и лишь очень умеренно разводятся. Этим вытягиванием ног в связи с незначительным их разведением при возвышенном положении таза на пальстере достигается значительная разгрузка промежности. Подобные манипуляции с ногами роженицы можно с успехом проделывать и при оперативных родах.

Думаю, что предложение *Bardenheuer'a* заслуживает проверки. Пока же скажу, что метод приведения ног к животу во время потуг не нов, я его применял много раз, а моя старая сослуживица — акушерка Н. А. Митрофанова — научилась этому приему, работая в 90-х годах прошлого столетия в земстве.

Из изложенного вы можете сделать вывод, что вопрос о защите промежности не есть законченная глава акушерства, тут много еще можно творить во имя профилактики многочисленных заболеваний, которые берут свое начало от родового травматизма.

В 1 час 35 минут началось врезывание. Мы подложили крепкий пальстер под крестец роженицы, дали ей в руки „вожжи“. Пока затылок уходил во время паузы, мы соблюдали выжидательную тактику. Когда затылок остался в вульварном кольце, мы применили изложенный выше способ защиты промежности одной левой рукой, задерживая слишком стремительный натиск головки и производя четырьмя пальцами сгибание ее путем нежного давления на лобную часть головки над напрягающейся спайкой промежности.

Когда родился затылок и теменные бугры, мы предложили роженице отпустить „вожжи“ и глубоко дышать, запрещая ей тужиться. Головка медленно и плавно проделала разгибание и родилась.

В 1 час 45 минут родился плод, женского пола, без асфиксии, весом в 2500 г длиною в 49 см. В 2 часа 15 минут вышел послед, без дефектов. Матка сократилась, промежность цела. Послеродовой период без осложнений. Родильница выписалась 21 декабря с ребенком.

Итак роды, которые вначале могли вызвать серьезную тревогу, закончились самопроизвольно и притом в 11¹/₄ часов.

Чем же объяснить, что инфантильная женщина с общеравномерносуженным тазом при наружной конъюгате в 15,5 см разрешилась доношенным плодом самопроизвольно в столь короткий срок?

Тем, что суженный таз не оказал механического препятствия продвижению головки, что он для данных родов не был „узким“, тем что головка была соразмерна тазу, что родовые силы были на высоте.

Интерес случая. 22-летняя первородящая поступила в роды. Распознается общий инфантилизм, общесуженный таз юношеского типа (наружная конъюгата 15,5 см) и отсутствие несоответствия между тазом и головкой. Родовые силы на высоте. Роды протекают физиологически и завершаются спонтанно. Продолжительность родов 11¹/₄ часов.

Случай 101-й

Н. В. С., 27 лет (№ приемного журнала 12794), поступила в клинику 20 сентября 1928 г. в 10 час. 30 мин. в роды.

Краткий анамнез: пациентка в детстве перенесла ветряную оспу, корь, брюшной тиф. Менструации начала носить с 14 лет, через 4 недели, по 4—5 дней, иногда с болями. Половой жизнью живет 2¹/₂ года. Женские болезни отрицает. В июне 1927 г. разрешилась в одном из крупных учреждений города. Роды были трудные, были наложены шипцы. Плод извлечен мертвым, вес его 3 кг с небольшим. Продолжительность родов 68 часов. Абортов не было. Последние менструации 14 декабря 1927 г. Движения плода начала ощущать в апреле 1928 г. Беременность протекала правильно. Последний coitus 3 месяца тому назад. В полночь на 20 сентября начались родовые боли. Воды не проходили; утром в 10 час. 30 мин. роженица поступила в клинику.

При поступлении: роженица правильного, но нежного телосложения, умеренного питания, шатенка. Рост 152 см. Т.—36,9°. Пульс 80 в минуту. Внутренние органы без изменений. Живот увеличен соответственно доношенной беременности, овоидной формы. Наибольшая окружность его 86 см. Пупок выпячен. Пигментация средней линии умеренная. Дно на 1 палец ниже меча. В дне ягодицы, мелкие части слева, спинка справа. Предлежит головка, подвижная над входом в таз. Явного выстояния головки над симфизом нет. Подбородок слева. Сердечные тоны справа ниже пупка, 140 в минуту.

Размеры таза: dist. spin.—22,5 см; dist. crist.—26 см; dist. troch.—28 см; conj. ext.—17,5 см; conj. lat.—15 см. Окружность таза 83 см.

Схватки удовлетворительные, через 10 мин.

Каков диагноз и прогноз?

1. Доношенные роды у повторнородящей с тяжелым акушерским анамнезом. 2-я позиция затылочного положения. Узкий таз. Прогноз тяжелый.

2. Имеется общеравномерносуженный таз. Окажется ли суженный таз „узким“—мы не знаем; явных признаков несоответствия нет.

3. Что головка подвижна над входом нас не удивляет: роженица повторнородящая. Признак Henkel—Вастена отрицательный. Боковая конъюгата 15 см. Более вероятным является благоприятное течение родов.

Таз вами признается суженным. Действительно, обычные наружные размеры его укорочены и притом приблизительно равномерно. Он общеравномерносужен. Роженица—не карлица, рост ее 152 см; она вовсе не инфантильна, но и не производит впечатления большой, мужского типа женщины. Повидимому, перед нами обладательница чистого типа общеравномерносуженного таза (*Ahlfeld*). Кстати о классификации суженных тазов. Попытки привести множество типов узких тазов в ту или иную систему делались многими авторами, причем в основу их клали или принципы измерения, или же этиологические моменты. Данные пельвиметрии лежат в основе классификации *Litzmann*'а (1861), *Dohrn*'а (1896), *La Torre* (1897), *Waldeyer*'а (1899) и др. Из этих схем наибольшим признанием и по сей час пользуется знаменитая схема *Litzmann*'а. Другие авторы изучали генез аномалий таза и классифицировали узкие тазы по их этиологии: *Kilian* (1840), *Busch* (1849), *v. Siebold* (1854), *Hohl* (1862), *Schauta* (1889), *Breus*—*Kolisko*.

А. Я. Крассовский делит узкие тазы прежде всего на равномерносуженные и неравномерносуженные; к первой группе он относит общеравномерносуженные, карликовые и детские тазы, ко второй — плоские, косые, поперечносуженные, спавшиеся, расщепленные, остистые и суженные новообразованиями. Некоторые из этих групп, в свою очередь, делятся на ряд подгрупп.

Вследствие сложности и неудовлетворительности большинства предложенных классификаций, практическое акушерство и по настоящее время придерживается смешанной классификации суженных тазов, которая по существу своему близко подходит к известной схеме *Litzmann'a*. Согласно этой классификации, все суженные тазы прежде всего делятся на 2 группы: на формы, часто встречающиеся в практике, и формы, встречающиеся более редко. Тазы, принадлежащие к каждой из этих групп, делятся далее на подгруппы соответственно этиологии и месту сужения. Наконец, тазы каждой подгруппы делятся соответственно степени сужения (*В. С. Груздев*). О „более редких“ формах я сейчас говорить не буду, о них речь впереди. Остановлюсь на часто встречающихся формах. Сюда относятся:

1. Общеравномерносуженный таз (*pelvis aequabiliter justo minor*),
 - а) чисто общеравномерносуженный таз (*Ahlfeld*),
 - б) таз юношеского типа (*pelvis infantilis*),
 - в) таз мужского типа (*pelvis virilis*),
 - г) карликовый таз (*pelvis pama*).
2. Плоский таз (*pelvis plana*),
 - а) плоский нерахитический таз (*pelvis plana Deventeri*),
 - б) плоский рахитический таз (*pelvis plana rhachitica*).
3. Общесуженный плоский таз (*pelvis justo minor et plana*).

Таз нашей роженицы мы признали чисто-общеравномерносуженным тазом. Он по своему строению близко подходит к знакомому уже вам по предыдущей беседе тазу юношеского типа. По частоте общеравномерносуженный таз занимает одно из первых мест. По *Г. Е. Рейну*, частота его стоит у нас на втором месте после плоского нерахитического таза; по *А. Я. Крассовскому*, тазы этого рода составляют 39,05% общего числа узких тазов.

Другие авторы дают следующие цифры (*А. Ф. Пальмов*):

<i>Rehat</i> (885 случаев)	дает для плоского таза	61,2%
	для общесуженного таза	38,7%
<i>Bürger</i> (5288 случаев)	дает для плоского таза	50,8%
	для общесуженного таза	49,1%
<i>Vaisch</i> (759 случаев)	дает для плоского таза	62,0%
	для общесуженного таза	38,0%
<i>Якобсон</i> (706 случаев)	дает для плоского таза	49,7%
	для общесуженного таза	50,3%
<i>Пальмов</i>	дает для плоского таза	44,4%
	для общесуженного таза	53,5%

Из этих цифр видно, что только по данным *Якобсона* и *Пальмова* общесуженный таз встречается более часто, чем плоский. Для нас важно, что общесуженный таз принадлежит к тазам, встречающимся в деятельности врача-акушера весьма часто, а поэтому ему нужно быть хорошо знакомым как с распознаванием его, так и с механизмом родов при нем и ведением родов.

Как же протекают роды при общеравномерносуженном тазе? Как у повторно, так и у первородящих головка к началу родов остается подвижной в большом тазу. Положение плода обычно правильное, в большинстве случаев черепное. Предлежание, как и выпадение пуповины или ручек рядом с головкой — явление редкое. При вступлении головки в таз она в силу общего сужения входа встречает всестороннее сопротивление со стороны всей окружности костного кольца. Вследствие этого обычное сгибание головки здесь особенно сильно выражено. Это чрезмерное сгибание является характерным для механизма родов при общесуженном тазе. Она вступает во вход не подзатылочной-лобной плоскостью (*planum suboccipito-frontale*), даже не плоскостью, идущей через подзатылочную ямку и большой родничок (*planum suboccipito-bregmaticum*), а еще меньшей плоскостью, идущей через подзатылочную ямку и теменные кости (*pla-*

пим suboccipito-parietale). Головка чрезмерно согнута, подбородок прижат к груди. Малый родничок приближен к геометрическому центру таза, он может даже стоять на проводной оси таза. Такое срединное стояние малого родничка столь характерно, что в случае нахождения малого родничка, стоящим в виде ведущей точки в середине таза, врач вправе предположить наличие общеравномерно суженного таза. „Чем больше малый родничок приближен к проводной оси таза, тем больше пространственное несоответствие между головкой и тазом“ (Sonn-tag). Кроме того следует отметить, что головка во входе в таз реже вступает

в поперечном его размере, обычно же она стоит своим стреловидным швом в одном из косых его размеров; нередко при высокостоящей головке стояние ее приближается к прямому.

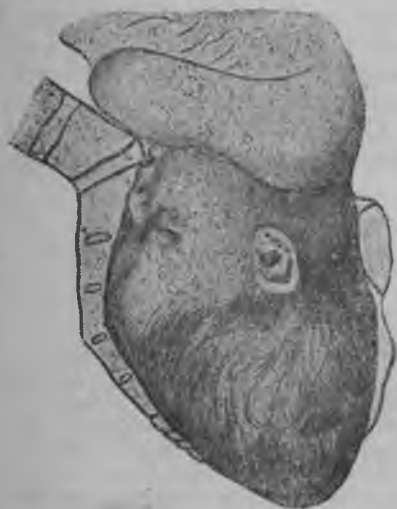


Рис. 254. Конфигурация головки при общеравномерно суженном тазе.



Рис. 255. Общеравномерно суженный таз. Максимальное сгибание.

Итак, в состоянии чрезмерного сгибания головка наподобие клина вколачивается в полость малого таза. Во время длительного процесса внедрения головки в таз на ней образуется большая родовая опухоль, подчас столь огромная, что она достигает тазового выхода, в то время как сама головка стоит в верхней части полости (рис. 254). Чем дольше безводный промежуток, тем больше родовая опухоль. В это же время происходит конфигурация головки: головка меняет свою форму; будучи всесторонне сдавлена в направлении отвесного и поперечного размеров, она естественно удлиняется в направлении прямого и большого косого размеров, вытягиваясь „огурцом“. Такое превращение округлой формы головки в вытянутую наблюдается, хотя и в меньшей степени, у первородящих при ригидных мягких частях. Сагиттальный размер головки занимает в тазу отвесное положение, располагаясь параллельно тазовой оси (рис. 255). В таком чрезмерно согнутом состоянии головка проходит таз, в некоторых же случаях, — там, где общее сужение по направлению к выходу уменьшается, вынужденное сильное сгибание также уменьшается, и дальнейшее изгнание совершается как при нормальном тазе.

Совсем другое дело при разогнутых положениях: передне-головном, лобном и лицевом предлежаниях. Тут дистоклия может быть столь большой, механическое препятствие столь значительным, что изгнание оказывается невозможным. Головка вколачивается абсолютно неподвижно (gomphosis) и роды останавливаются.

При тазовых положениях прохождение таза головкой может совершиться при небольших степенях сужения беспрепятственно при условии сильного сгибания. С другой стороны, головка легко переходит в состояние разгибания, подбородок легко „зацепляется“ за пограничную линию и рождение головки останавливается. Вот почему никогда не следует делать при общесуженном тазе профилактического поворота.

Из изложенного видно, что механизм родов при общеравномерно суженном тазе имеет свои характерные особенности: чрезмерное сгибание головки, низкое

стояние малого родничка, своеобразную конфигурацию головки, большую родовую опухоль. Понятно также, что продолжительность родов должна быть большей, чем в норме, тем более, что именно при этой аномалии таза нередко наблюдается слабость родовых сил.

Как же мы должны смотреть в свете изложенного на наш случай?

Идет период раскрытия, воды целы, головка над входом в таз. Наружные размеры указывают общее сужение. Укорочение всех наружных размеров сравнительно небольшое, как всегда при этой форме сужения (за исключением *pelvis papa*).

Ценность абсолютных цифр размеров невелика. В частности величина наружной конъюгаты имеет весьма относительное значение.

Baudelocque, предложивший этот размер, полагал, что для вычисления величины истинной конъюгаты следует из величины наружной конъюгаты вычесть 8—8,5 см. Это мнение оказалось ошибочным. Уже не говоря о том, что толщина крестца и покрывающих его мягких частей может вариировать в широких пределах, важно, что наружная конъюгата вовсе не находится в одной плоскости с истинной конъюгатой, ни с акушерской, ни с анатомической. Взгляните на приложенный рисунок (рис. 256). Тут наружная конъюгата и акушерская (кратчайшее расстояние между мысом и симфизом) перекрещиваются. Проведите мысленно на этом же рисунке анатомическую конъюгату, т. е. линию, соединяющую верхний край симфиза с мысом, и вы увидите, что она также не будет лежать в одной плоскости с боковой конъюгатой. Обе линии будут расходятся кзади. Все же известно, что наружная конъюгата в 20 см и больше с большой долей уверенности позволяет исключить суженный таз; при размерах в 18—20 см истинная конъюгата может быть нормальной или слегка укороченной; укорочение же наружной конъюгаты ниже 18 см заставляет предполагать укорочение и истинной. Для суждения о величине прямых размеров полости таза большее значение имеет боковая конъюгата, предложенная недавно *Körner*'ом. Этот размер мы измеряем, приставляя пуговки тазомера спереди на *spina ilei anterior superior* одной стороны, сзади на *spina ilei posterior superior* той же стороны. Многочисленные измерения, произведенные в нашей клинике *Н. И. Лазовским*, позволяют нам с определенностью сказать, что боковая конъюгата имеет большое практическое значение, что она более надежна в смысле диагностическом, чем наружная конъюгата, что наружная ее величина 14,5 см и выше падает при суженных тазах до 13,5—13 см и ниже.

Более подробно я изложу результаты наших исследований в другом месте, здесь же скажу, что мы неизменно пользуемся боковой конъюгатой в нашей практической работе и довольны этим новым вспомогательным методом распознавания суженного таза.

У нашей роженицы наружная конъюгата—17,5 см, боковая—15 см. Наружная может вселить тревогу, боковая позволяет нам более спокойно смотреть на предстоящее родоразрешение.

Займемся же более тщательным исследованием нашей роженицы.

12 часов. Схватки через 6 мин., вполне удовлетворительные. Воды не проходили. Сердечные тоны ясные, справа ниже пупка. Головка во время схваток прижимается ко входу. Головка на симфизом не нависает. *Per rectum*: полость таза пуста. Шейка сглажена, открытие около трех паль-



Рис. 256. Наружная конъюгата и ее отношение к конъюгате истинной.

цев, края тонкие. Пузырь не определяется. Головка достигается, прижата малым сегментом ко входу Мыс достигим. Пальцем удается обойти боковые стенки таза. Во время ректального исследования применено вдавливание головки по Peter Müller'у. Per rectum пальцем ясно определено, что головка вдавливается во вход в таз.

Какой же мы можем поставить прогноз?

1. Мы вправе ожидать самопроизвольного родоразрешения, потому что ряд симптомов говорит против заметного несоответствия.

2. Вряд ли несоответствие велико. Хорошая родовая деятельность обещает успех. Лишь бы она не ослабела!

Теперь мы уже можем ставить диагноз не только на основании обычной пельвиметрии. У нас есть данные более веские:

- 1) наблюдение установило наличие сильных родовых схваток;
- 2) наружное исследование убедило нас, что заметного несоответствия между тазом и головкой нет: признак Henkel—Вастена отрицательный;
- 3) боковая конъюгата—15 см;
- 4) при вдавливании головки по Peter Müller'у с контролем per rectum головка в тазовой вход опускается.

На основании всего этого мы склонны поставить благоприятное предсказание.

Есть ли показания к вагинальному исследованию или к какому-либо вмешательству?

Никаких неясностей в данных исследования нет: вагинальное исследование излишне. К вмешательству также нет показаний ни со стороны матери, ни со стороны плода.

Этот ответ правильный, другого мнения быть не должно.

Мы применили в диагностических целях вдавливание головки по Peter Müller'у с контролем per rectum.

Техника Müller'a такова: во время вагинального исследования врач свободной рукой вдавливает стоящую во входе головку сверху вниз, в то время как находящийся во влагалище палец следит за вдавливаемостью головки и за ротацией ее. При упругих брюшных стенках Müller рекомендует надавливание на головку поручить другому лицу, которое двумя руками успешнее произведет это вдавливание, особенно налегая на затылок. Во время этой манипуляции врач свободной рукой определяет степень выстояния головки над симфизом. У чувствительных женщин допустимо применить наркоз. Еще раньше подобный прием предложили Dohrn, Schatz и Frankenhäuser. И хотя Ahlfeld высказался против этого метода, считая его ненадежным, все же impressio capitis modo Peter Müller и до сих пор считается многими весьма ценным диагностическим и прогностическим приемом.

Munro Kerr несколько видоизменяет прием Müller'a. Захватив головку обеими руками по способу Müller'a, он рекомендует большой палец той руки, часть пальцев которой находится во влагалище, приложить снаружи к сегменту головки, выстоящему над лоном. Двигая захваченную таким образом головку из стороны в сторону и вставляя ее во вход в таз, можно получить более точное представление об имеющемся несоответствии между тазом и головкой.

В нашей клинике мы применяем прием Müller'a часто с успехом; наша техника отличается от техники автора лишь тем, что контроль за продвижением головки делается не через влагалище, а через прямую кишку. Вдавливание сверху мы всегда поручаем другому лицу.

Итак, в нашем случае мы склонны поставить благоприятный прогноз.

15 часов. Схватки такие же сильные, через 4—5 минут, головка стоит неподвижно во входе.

17 ч сов. Отошли воды, чистые, скудные. Сердечные тоны без изменений. Головка вступила в полость малого таза.

17 час. 20 м н. начались потуги.

17 час. 50 мин. родился плод мужского пола, без асфиксии. Вес его 3150 г, длина 49 см.

Послед вышел в 18 час. без дефектов. Матка сократилась. Кровотечения нет, разрывов нет.

Послеродовой период прошел без осложнений.

Родильница выписалась 26 сентября с ребенком.

Изгнание совершилось поразительно быстро, безводный промежуток длился всего 50 минут; продолжительность родов—18 часов, т. е. нормальная.

Могли ли мы в начале родов предвидеть такое быстрое течение родового акта? Вряд ли! Могли ли мы вообще рассчитывать на спонтанное родоразрешение? Полагаю, что да. Это нам позволяло наблюдение за родами и учет всех родовых факторов.

Суженный таз и тут для данного объекта не оказался „узким“.

Интерес случая. 27-летняя второродящая поступает в роды. Акушерский анамнез тяжелый. Распознается чисто общеравномерносуженный таз. Все же учет всех родовых факторов позволяет ставить благоприятный прогноз. Роды завершаются самопроизвольно.

Случай 102-й

Е. И. К., 25 лет (№ приемного журнала 13846), поступила в клинику 23 ноября 1927 г. в час ночи с жалобами на неясные боли в животе. Краткий анамнез. Пациентка в детстве не отличалась крепким здоровьем. Месячные начала носить поздно, на 18-м году, через 4 недели, по 7 дней, иногда с болями. Замуж вышла 20 лет. Через 3 года (в 1925 г.) родила первого ребенка, ребенок был маленький, жив до сих пор. Настоящую беременность пациентка считает доношенной, времени последней менструации и первых движений плода указать не может. Беременность протекала без особенностей; за несколько часов до поступления начались слабые, редкие боли. Воды не проходили.

При поступлении: роженица правильного сложения, умеренного питания, блондинка, рост 151 см. в скелете никаких деформаций. Живот увеличен соответственно доношенной беременности. Окружность его 93 см. Полос беременности нет. Пигментация слабая. Пупок выпячен. Дно матки на 2 пальца ниже меча, в нем определяются ягодицы, слева в дне прощупываются мелкие части. Спина справа, предлежит головка, подвижная над входом. Сердечные тоны выслушиваются справа на уровне пупка.

Размеры таза: dist. spin.—23 см; dist. crist.—26 см; dist. troch.—29 см; conj. ext.—18 см; conj. lat.—14 см; окружность таза 82 см.

Ромб Michaelis'a нормальной формы; поперечник. (dist. Litzmann'a) 8 см; длинник (Tridondani)—9 сантиметров.

Родовой деятельности нет.

Каков диагноз и прогноз?

1. Имеется общеравномерносуженный таз у повторнородящей. Второе черепное положение. Роды еще не начались. Прогноз сомнительный.

2. Таз повидимому общесуженный. Судить о степени несоответствия пока невозможно. Мы не знаем емкости таза. Неизвестны также некоторые родовые факты, как родовые силы, конфигурабельность головки и пр.

Родовой акт еще не наступил. Мы сделали обычное наружное акушерское исследование и склонны распознать общеравномерносуженный таз (чистого типа). В анамнезе самопроизвольные роды, но плод был маленький, в тот раз суженный таз не был узким. Будет ли он таковым на этот раз, мы не знаем. Что головка баллотируется над входом, нас не удивляет: беременность вторая. Величина плода, повидимому, средняя, судить об отношении головки к размерам входа в таз сейчас трудно, головка подвижная. Какова будет родовая деятельность, мы также не знаем. Остается ждать родов, в родах мы сумеем учесть родовые факторы.

Пациентка переведена в палату, где и провела день 23 ноября и ночь на 24-е. В 4 часа утра начались родовые боли, очень слабые и редкие. Роженица переведена в родильную. В 6 часов дежурный врач произвел исследование. Данные наружного исследования те же. Per gestum: наружные половые органы развиты правильно. Полость таза пуста; шейка существует, наружный зев приоткрыт, высоко над входом в таз предлежит головка. Мыс легко достигается. Передняя поверхность крестца недеформирована, боковые стенки таза повсюду достижимы.

Ректальное исследование подтверждает диагноз общего равномерного сужения таза. Роды вначале. Воды целы. Есть ли показания к вмешательству? Нет, никаких: надо ждать.

В 8 часов. Схватки очень слабые, через 15 минут.

В 10 часов. отошли воды, без примеси мекония. Сердечные тоны не изменились. Схватки слабые. Роженице предложено лежать спокойно.

Как вы теперь смотрите на положение дела?

1. Произошло преждевременное отхождение околоплодных вод. Прогноз омрачается.

2. Если бы хорошие схватки фиксировали головку во входе, прогноз был бы не плохой. К сожалению, имеется слабость родовых болей.

Действительно, воды отошли преждевременно. Если физиологически отхождение вод происходит при полном или почти полном открытии зева, то при суженных тазах пузырь рвется часто в самом начале родов, при малом открытии. С причинами этой особенности родов при узком тазе мы познакомимся в одной из следующих бесед. Сейчас скажу, что преждевременный разрыв плодного пузыря при узком тазе может иметь ряд неблагоприятных последствий: выпадение пуповины, мелких частей рядом с головкой; удлинится безводный период, что неблагоприятно в смысле инфекции.

Преждевременное отхождение вод особенно неблагоприятно там, где головка свободно подвижна над входом, где нет сильной родовой деятельности, которая могла бы вскоре фиксировать головку в тазовом входе и создать этим пояс соприкосновения. К сожалению, у нашей роженицы имеется выраженная первичная слабость родовых болей, столь часто наблюдаемая у рожениц с общесуженным тазом. Правда, есть надежда на то, что по истечении вод стенки матки, теснее прилегая к плоду, будут испытывать раздражение, которое и вызовет более энергичную сократительную их деятельность.

А посему будем ждать! Запретим роженице вставать или присаживаться, подобные перемены положения могут способствовать выпадению пуповины. Сердечные тоны не изменились. Если бы они сразу после отхождения вод замедлились, мы могли бы заподозрить прижатие пуповины и вправе были бы забить тревогу.

Может быть показан питуитрин? Этот препарат является могучим средством, усиливающим родовые боли, и чем ближе роды к концу, тем он действительнее. Будем ли мы его впрыскивать при узком тазе, в начале родов при подвижной головке, при преждевременном отхождении вод? Не будет ли это рискованным? Ведь мы не знаем степени несоответствия между тазом и головкой! Нет, мы откажемся от питуитрина. Подождем!

12 часов. Схватки редки, через 15 минут, слабые, короткие. Головка все так же подвижна. Сердечные тоны без перемен.

14 часов. Заметных перемен нет.

Прошло 4 часа с момента отхождения вод. Схватки не усилились.

Что делать?

1. Надо ждать. Родовая деятельность усилится.

2. Пока не поздно, следует родоразрешить путем кесарского сечения.

3. Показаний к кесарскому нет. Надо усилить боли введением метрейринтера.

Целых три предложения и притом самых разнообразных: от полного воздержания от всякого вмешательства до немедленного брюшностеночного кесарского сечения! Ведение родов при узком тазе — одна из наиболее сложных проблем акушерства. В конкретном случае эта проблема особенно трудна при незначительном сужении размеров таза. Если при крайних степенях сужения, при тазах спавшихся, рахитических, остеомалятических, тазах, суженных опухлями, тазах карликовых или близких к ним, при истинной конъюгате в 7 см и меньше, решение вопроса о терапии родов не встречает никаких трудностей — абсолютно показано родоразрешение через живот, — то при незначительных сужениях, при сужении таза 1-й и 2-й степеней, могут в конкретном случае возникнуть большие затруднения и врач-акушер видит себя подчас вынужденным напрячь всю свою наблюдательность, мобилизовать весь свой накопленный опыт, чтобы выйти с честью из положения.

Мы уже видели, что базироваться в деле ведения родов на абсолютных цифрах размеров таза нельзя. В каждом отдельном случае врач стоит перед задачей взвесить и оценить по достоинству родовую канал и его особенности, объект родов — плод — их взаимоотношения, оценить ряд важнейших родовых факторов, как родовые силы, мягкие родовые пути, преждевременное отхождение околоплодных вод и его последствия, вставление головки и ее способность приспособляться и на основании учета всех этих данных врач-акушер должен построить план ведения родов, сознавая при этом, что в течении родового акта могут наступить моменты, способные в корне изменить начертанную программу и направить мысль и образ действий врача по совсем другому пути.

В нашем случае мы взяли установку на абсолютно консервативное ведение родов. Тогда мы еще не имели возможности учесть многих родовых факторов. И вот наступление двух моментов — первичной слабости родовых болей и преждевременного отхождения вод — побуждают нас отступить от первичного плана ведения родов и внести в него корректив.

Вы предлагаете брюшностеночное кесарское сечение. Каковы же показания к такому крупному вмешательству? Угрожаемы ли мать или плод? Нет, или вернее, пока нет! Установлено ли серьезное несоответствие между тазом и головкой? Нет, не установлено. А поэтому мы не имеем основания делать кесарское сечение.

Мы должны бороться с первичной слабостью родовых болей, мы должны стремиться к укорочению безводного промежутка, к фиксации головки в тазовом входе и раскрытию шейки. И естественно возникает мысль о метрейризе.

Метрейриз при узком тазе? Уясните себе: мы применяем метрейриз не потому, что у нашей роженицы узкий таз, а потому, что у нее первичная слабость родовых болей. А. Ф. Пальмов в своей книге „Терапия родов при узком тазе“ отмечает лишь 2 случая метрейриза и говорит: „Это маленькое вмешательство, которое при соблюдении правил асептики и антисептики можно считать почти безопасным, не стоит ни в какой связи с узким тазом. Как и при нормальном тазе, оно применялось у нас в тех случаях, когда нужно было ускорить роды в периоде раскрытия“.

Чего мы хотим достичь метрейризом?

Баллон, введенный в нижний сегмент матки, побудит матку к сокращениям, под влиянием усилившихся схваток он вклинится в шейку, заменяя собою плодный пузырь, и тем поведет к раскрытию ее. По выхождении баллона из шейки на его место вступит головка, и начнется период изгнания. Тогда уже мы сумеем учесть соответствие или несоответствие между тазом и головкой и сможем, рассчитывая на хорошую родовую деятельность, незначительную величину головки и ее конфигурабельность, надеяться на самопроизвольное родоразрешение. Оправдаются ли наши надежды?

Мы решились на метрейриз!

Перед каждым акушерским вмешательством, предпринимаемым через влагалище, вагинальное исследование обязательно. Не забудем при этом измерить диагональную конъюгату!

15 часов. Роженица взята на стол и обычным образом подготовлена. Из влагалища истекают чистые воды в небольшом количестве. Влагалище длинное, довольно узкое. Шейка сглажена, открытие — 1½ пальца, края зева толстые. Пузыря нет. Предлежит высоко подвижная головка. Мыс достижим. Передняя поверхность крестца без деформаций. Linea terminalis кругом достижима. Измерена диагональная конъюгата: 11 см. Введены зеркало и подъемник, обнажена шейка, взята на пулевые, протерта спиртом; сигарообразно сложенный баллон Вгаипа, взятый в зажим, введен в шейку, зажим снят, баллон наполнен физиологическим раствором (350 см³ — емкость баллона заранее установлена), кишка баллона зажата пепаном, пулевые сняты, зеркало и подъемник удалены. Роженица снята со стола. Сердечные тоны хорошие.

Привешивать ли груз?

Пока воздержимся; если эффект метрейриза будет недостаточен, мы всегда сможем дополнительно привесить груз.

Мы измерили диагональную конъюгату. Если мы до сих пор измерили дело только с наружными размерами таза, то мы впервые измерили размеры внутренние. Наклонная конъюгата, т. е. расстояние между нижним краем симфиза и самой выдающейся точкой мыса — доступна прямому измерению. Этот размер важен тем, что позволяет сделать заключение о величине истинной конъюгаты, самого важного размера тазовой полости. По Litzmann'у diagonalis стоит в гораздо более постоянном отношении в ваге, чем какой бы то ни было наружный размер таза к отвечающему внутреннему размеру.

Техника его измерения diagonalis такова: во время вагинального исследования (роженица лежит с возвышенным тазом на постыере с широко разведенными бедрами) одним или лучше двумя пальцами проникают до крестца, после чего исследующий палец идет по передней поверхности крестца вверх до мыса, где и фиксируется на самой его выступающей точке. В это время большой палец сильно отведен и смотрит прямо вверх, кисть находится в положении

среднем между пронацией и супинацией, фиксируя конец третьего пальца на мысе; врач прижимает радиальный конец указательного пальца (*metacarpus*) к нижнему краю симфиза, ощущая тут край нижней дугообразной связки (*lig. arcuatum inferius*). После этого указательным пальцем левой руки проникают под лонную дугу и отмечают ногтем место прикосновения к правой руке *lig. arcuatum*. Наконец врач извлекает правую руку, держа ее строго в том же положении, как и при измерении и при помощи другого лица измеряет тазомером расстояние от верхушки 3-го пальца в месте прикосновения к мысу до ногтевой метки на лучевом крае указательного пальца. Полученный размер и будет величина диагональной конъюгаты (рис. 257).

Измерение *diagonalis* требует навыка. Малоопытный врач может легко допустить ряд ошибок: 1) надо быть уверенным, что точка, принимаемая за мыс, действительно *promontorium*. Узнать мыс можно, с одной стороны по его выпуклости в горизонтальном направлении, с дру-



Рис. 257.



Рис. 258.

Измерение диагональной конъюгаты.

гой — по ширине межпозвоночного хряща, лежащего над ним и соединяющего его с V поясничным позвонком (*Litzmann*). В другом месте вы увидите, что нередко между I и II крестцовыми позвонками выдается поперечный выступ окостеневшего межпозвоночного хряща (ложный мыс). 2) Неправильным измерение может оказаться потому, что во время нанесения ногтем другой руки метки под лоном внутренняя рука несколько смещается по направлению исследующего. Надо следить, чтобы палец, уставившийся на мыс, от него не отходил. 3) Указательный палец левой руки, вводимый под лоно для метки, должен быть введен доста очно глубоко и стоять вертикально на исследуемом пальце, не косо. Вводить ли этот палец обращенным мякотью к симфизу, как рекомендовал *Michaelis* (рис. 258), или обращенным ногтем, как теперь делает большинство, безразлично. Удобнее второй метод. 4) При извлечении исследующей руки, последняя не должна менять своего положения и пальцы не должны изменять своего напряженно вытянутого состояния.

При соблюдении указанных предосторожностей данные измерения довольно точны. *Litzmann* имел возможность контролировать свое измерение на живой после смерти больной на трупе или на скелетированном тазе в 19 случаях: 6 раз измерения совпадали, 9 раз размер после смерти оказался на 1—3 мм меньше (1 раз на 6 мм), и лишь в 3 случаях он оказался на 1—3 мм больше, чем на живой.

Каково же отношение диагональной конъюгаты к истинной?

Vera, *diagonalis* и задняя поверхность симфиза составляют треугольник, в котором *diagonalis* всегда является наиболее длинной стороной. Для получения величины *vera*, значит, нужно из *diagonalis* сделать некоторый вычет. К сожалению, этот вычет не во всех случаях одинаков. Есть ряд моментов, влияющих на соотношение *vera* и *diagonalis*.

1. Высота симфиза. Чем выше симфиз, тем больше разница между *vega* и *diagonalis*; чем ниже симфиз, тем больше треугольник будет приближаться к равнобедренному.

2. Наклонение симфиза. Чем больше угол, образуемый задней поверхностью симфиза и истинной конъюгатой, тем больше разница между *vega* и *diagonalis*, другими словами, чем больше симфиз наклонен своим верхним краем к мысу; тем больше должен быть вычет из *diagonalis*; чем плосче симфиз, тем более треугольник будет приближаться к равнобедренному. По *Litzmann*'у, если высота лонного соединения равняется 4 см, длина истинной конъюгаты 10,8 см и образуемый ими угол равен 80 градусам, то обе конъюгаты будут одинаковой длины; с увеличением угла наклона на 5° длина *diagonalis* увеличивается в среднем на 3 мм; так что при угле наклона лонного соединения в 105° разница между обеими конъюгатами достигает 1,5 см.

3. Выстояние межсимфизарного хряща. Хрящ, соединяющий в симфизе ветви лонных костей, может гребневидно выступать кзади в тазовое кольцо, укорачивая этим полезное пространство между лоном и мысом.

4. Высота мыса. Чем больше мыс возвышается над плоскостью, мысленно проводимой через *linea terminalis*, тем больше должен быть вычет; чем ниже расположен мыс, тем меньше разница между *vega* и *diagonalis*.

Эти отношения ясно видны на рисунке, взятом у *Бумма* (рис. 259).

Из перечисленных факторов 1, 3 и 4 легко поддаются учету, второй же, наклонение симфиза по *Крассовскому* наиболее важное условие учесть нелегко.

Каков же должен быть вычет?

Нормальная величина *diagonalis* около 12,5 см [от 12 до 13 см (*А. Я. Крассовский*)]. Если мы рассматриваем ее как гипотенузу неравнобедренного треугольника, а истинную конъюгату и заднюю поверхность симфиза как катеты его, то величину гипотенузы можно было бы исчислить по закону Пифагора. Понятно, что в практической работе врача-акушера точные математические вычисления непригодны. Тут должен помочь опыт, наших акушерских отцов и свой собственный. Согласно клиническому опыту, вычет из *diagonalis* колеблется в зависимости от условий случая в довольно широких границах: по *Skutsch*'у от 0,5 до 2,9 см по *Selheim*'у даже от 0 до 3 см. *А. Я. Крассовский* предлагает „при нормальном и общесуженном тазе отсчитывать из полученной диагональной конъюгаты от 1,5 до 1,75 см; при простом плоском тазе обыкновенно 1,75, при рахитических тазах 2 см и более“. При измерении 66 скелетированных тазов *Litzmann* определил среднюю разницу между обеими конъюгатами в 1,7 см.

У нашей роженицы мы предполагаем длину истинной конъюгаты в 9,25 — 9,5 см при диагональной в 11 см. Измерение диагональной конъюгаты имеет большое практическое значение. С широким распространением ректального исследования в акушерстве и ограничением вагинального — с одной стороны, с другой же стороны — с совершенствованием методов наружного исследования — измерение диагональной конъюгаты утратило свое доминирующее значение в оценке узкотазия; все же и по настоящее время ценность ее велика. Она велика потому, что позволяет димензионально оценить истинную конъюгату, самый важный размер в пельвиметрии.

Правда, уже давно акушерская мысль искала путей к непосредственному измерению *vega*. В родах это возможно только с помощью приборов, вводимых во влагалище. Велико число моделей, предложенных для измерения внутренних размеров таза: *Farabeuf*'а, *в. Hueb*'а, *Сутугина*, *Лазаревича*, *Küstner*'а, *Zweifel*'я, *Bylicki*, *Gauss*'а, *Hoerder*'а, *Dichne* и пр. К сожалению, никаких преи-



Рис. 259. Отношение диагональной и истинной конъюгаты.

муществ перед ручным исследованием эти тазоизмерители не дают. Лично я неоднократно пользовался прибором Gauss'a (рис. 260) и могу сказать, что применение его пригодно для целей клиники, для широкого же пользования этот способ мало пригоден. Он требует наркоза, большой тщательности и опыта и вряд ли даст больше, чем дает детальное исследование рукой. Всецело присоединяюсь к мнению А. Я. Крассовского: „Нельзя не прийти к заключению, что ручное исследование лучше по своей практичности и удобоприменяемости. Пальцы рук всегда с акушером, они не пугают женщин подобно инструментам, введение одного, даже двух пальцев безболезненно; ими прощупывается и определяется все попадающееся по пути; передние и задние диаметры измеряются ими с возможной точностью; ими определяется отношение подлежащей головки к емкости таза“.

Напоминаю, что врач-акушер при вагинальном исследовании роженицы никогда не должен забывать об измерении диагональной конъюгаты, которое он всегда и произведет, если только опустившаяся в тазовую полость подлежащая часть не преградила ему путь к крестцовому мысу. В последнем случае стремление измерить диагональную конъюгату бесполезно, потому, что головка уже прошла тазовой вход. Практически важно, что если при вагинальном исследовании указательный палец не достигает мыса, сужение таза во входе можно исключить.

В дальнейших беседах вы убедитесь в том, как важно обследование тазовых стенок при внутреннем исследовании. Как часто читаешь в „скорбных листах“ записи вагинального исследования, в которых отмечены только открытие зева, состояние плодного и пузыря подлежащая часть.

Напрашивается вопрос: потому ли нег сведений о крестце и боковых стенках таза, что они не представляли отклонений от нормы или потому, что врач оставил их без надлежащего внимания. Какое множество ценных данных мы можем почерпнуть из внутреннего обследования таза: тут и строение крестца, деформация его передней поверхности, степень нависания мыса, ложный мыс, направление верхушки крестца, подвижность колчика, доступность пограничных линий, степень поперечного напряжения тазового кольца, выстояние седалищных остей, расположение нисходящих ветвей лонных костей и многое другое.

У нашей роженицы при внутреннем исследовании мы измерили диагональную конъюгату (11 см), отметили отсутствие деформации крестца, обошли кругом пограничные линии, что уже само по себе говорит за общее сужение входа в таз, и затем приступили к метрейризму (15 часов).

В 18 часов. Схватки через 10 минут, несильные. Головка над входом в таз, несколько подвижна. Сердечные тоны ясные на уровне пупка, 136 в минуту.

21 час. Схватки значительно сильнее, через 10 минут. Остальное без перемен.

25 ноября в 11 час. 15 мин. при потужных болях родился метрейринтер. Немедленно произведено наружное исследование: Головка прижата ко входу над симфизом. Сердечные тоны ясные.

Per rectum: открытие зева около 4 пальцев, головка стоит малым сегментом во входе в таз.

Цель достигнута: родовые схватки, первично слабые, теперь удовлетворительные, головка начинает вставляться во вход, открытие зева большое.

Каково же предсказание теперь?

1. Заметного несоответствия нет. Можно рассчитывать на самопроизвольное родоразрешение.

2. Да, при условии, если не наступит вторичная слабость родовых болей и механизм родов пойдет правильно.

Наши повторные исследования убеждают нас в том, что заметного несоответствия нет. Головка, повидимому, небольшая, над симфизом не выступает, хотя вега около 9,5—9,25 см. Лишь бы схватки не ослабели!

До утра родовая деятельность была хорошая

10 часов. Головка большой периферией во входе. Слева определяется пригнутый подбородок. Сердечные тоны ясные, справа ниже пупка.

12 часов. Схватки через 5 минут, сильные. Головка в полости малого таза. Снаружи определяется лишь основание черепа. Сердечные тоны справа ближе к средней линии.

Рег гестит: открытие зева полное. Головка в тазу, крестцовая впадина не вполне выполнена. Значительная родовая опухоль. Стреловидный шов в левом косом. Малый родничок справа и спереди ближе к средине таза.

Изгнание идет вполне физиологически. Если бы теперь наступила вторичная слабость родовых болей, мы вприснули бы питуитрин, без риска, потому что по ходу родов мы убедились, что костный таз препятствий не представляет, и с надеждой на успех, потому что идет период изгнания.

13 часов. Начались потуги.

14 час. 15 мин. родился плод, мужского пола. Вес его 2900 г, длина 49 см.

В 15 час. вышел послед без дефектов. Кровотечение умеренное. Матка хорошо сократилась. Разрывов нет.

Течение послеродового периода было гладким. Максимальная температура 37,2°.

3 декабря родильница выписалась с ребенком.

Интерес случая. Повторнобеременная поступает для родоразрешения. В анамнезе одни самопроизвольные роды небольшим плодом. Распознается общеравномерносуженный таз. В начале родов первичная слабость родовых болей и преждевременное отхождение околоплодных вод. Ставится показание к метрейризу. Последний дает хорошую родовую деятельность и рождается пролежав 10¼ часов. Дальнейшее течение родового акта без отклонений от нормы. Рождается живой плод весом в 2900 г.

Случай 103-й

М. И. К.-Б., 19 лет (№ приемного журнала 2969), поступила в клинику 23 ноября 1930 г. в 10 часов 10 минут в родах.

Краткий анамнез. Пациентка росла здоровым ребенком, рано начала ходить, со школьного возраста занимается физическим трудом. Менструация начала носить с 14 лет, через месяц, по 6 дней, всегда с болями. В начале 1929 г. вышла замуж, женскими болезнями не страдала. Беременна впервые. Последние месячные в конце января, движения плода начала ощущать в июне. Беременность протекала, по видимому, правильно. В день поступления утром в 6 часов проснулась от болей в животе. Боли стали часто повторяться, что и побудило роженицу отправиться в клинику. Воды не проходили.

При поступлении: роженица правильного, нежного телосложения, рост 153 см. Питание ослаблено, шатенка. Т. 36,7°. Пульс 76, ровный. Внутренние органы без явных изменений. Живот большой, сильно выпячен, овоидной формы. Окружность его 99 см. Высота дна матки от лона 45 см. В нижней части брюшных покровов свежие полосы беременности. Умеренная пигментация средней линии. Пупок выпячен. В дне матки — ягодицы, мелкие части не определяются. Спинка справа. Головка в большом тазу, баллотирует над входом, по видимому, большая. Сердечные тоны справа ниже пупка, ритмичны, 140 в минуту.

Размеры таза: dist. spin. — 23 см; dist. crist. — 26 см; dist. troch. — 28 см; conj. ext. — 17 см; conj. lat. — 14 см. Окружность таза 76 см. Схватки через 5 минут, сильные.

Каков предварительный диагноз?

1. Доношенные роды у первобеременной с общеравномерносуженным тазом.

2. Таз общеравномерносуженный. Беременность может быть переносимая. Плод крупный. 2-е затылочное положение.

Таз действительно производит впечатление общесуженного. Обычные наружные размеры все укорочены и притом на одинаковую величину. Хотя мы в настоящее время и не придаем наружной пельвиметрии абсолютного значения, все же считаем, что она заслуживает нашего полного внимания, потому что она дает нам первые ориентировочные сведения о характере таза. Не отдельный какой-либо размер может характеризовать таз, а все размеры вместе взятые дают тазу определенную, конечно, далеко не полную характеристику.

Это станет ясным, если мы взглянем на примерную таблицу наружных размеров, приведенную *Stöckel*'ем. Учитывая данные осмотра всего костяка, мы можем на основании данных пельвиметрии предположить ту или иную форму узкотазия.

	d. sp.	d. cr.	d. tr.	c. Baud.	c. diag.	c. vera
Нормальный таз	26	29	31	20	13	11
Общеравномерносуженный таз	23	25	28	18	11	9
Инфантильный таз	21	23	26	18	11	9
Простой плоский таз	26	28	31	18	11	9
Рахитический плоский таз	26	26	31	17	10	8
Общесуженный рахитический таз	23	24	28	16,5	9,5	7,5

Беременность безусловно доношенная, может быть даже переношенная (анамнез в данном случае большего доверия не внушает). Положение плода продольное, черепное, плод жив, позиция вторая. Головка, повидимому, большая, предлежит высоко над входом в таз, хотя роженица первородящая.

Последнее обстоятельство заслуживает нашего внимания. В связи же с величиной живота и данными наружного измерения таза оно особенно ценно.

Мы вправе опасаться, что суженный таз окажется тазом „узким“. Из родовых факторов, которые мы могли бы учесть в деле построения плана ведения родов, величина плода и в частности головки имеют огромное значение. Мы лишены возможности непосредственно измерить длину плода, измерить головку. Все же в нашем распоряжении есть ряд приемов, позволяющих подойти к пространственной оценке плода. Уже осмотр и ощупывание живота дают опытному врачу представление о величине плода. Имеет значение и окружность живота: в среднем наибольшая окружность его 97—98 см. Тут, конечно, следует учесть и толщину покровов, упругость их, количество околоплодных вод. Значение имеет и высота стояния дна матки над симфизом, измеряемая тесьмой: в среднем 37 см. С целью определения размера головки *Ahlfeld* предложил измерять длину внутриутробного плода и по ней судить о величине головки. В основе его способа лежит выведенный из многочисленных наблюдений факт, что расстояние „от макушки флектированной головки до ягодиц, т. е. ось плода, равняется приблизительно половине всей его длины“. Напр.: если длинник овода плода по *Ahlfeld*'у 25 см, то длина плода должна равняться 50 см. Расстояние „от макушки флектированной головки до ягодиц“, *Ahlfeld* предложил измерять тазомером, причем одна ветвь его приставляется к дну матки, другая же вводится под руководством пальцев во влагалище и фиксируется на затылке плода и по шкале тазомера отсчитывается величина расстояния между нижним и верхним концом плода. В случае, если подлежащую часть невозможно достигнуть, *Ahlfeld* определяет головку и ягодицы наружным измерением. Этот метод подвергся проверке со стороны многих авторов. *Сутугин* изучил метод *Ahlfeld*'а на 217 случаях и считает, что „определение длины плода до родов в большинстве случаев возможно, что для определения срока беременности можно совместно с другими объективными признаками пользоваться и величиною плода, что по длине плодного яйца можно приблизительно судить о величине головки“. Метод измерения плода по *Ahlfeld*'у встречен был некоторыми авторами одобрительно, другие высказались против него. Так *Breisky* (1882) полагает, что „при соблюдении всех предосторожностей в некоторых случаях невозможно избежать ошибки в 5—10 см“. Надо сознаться, что метод *Ahlfeld*'а во всеобщее употребление не вошел, потому что данные, получаемые при нем, не могут претендовать на точность. Далее „судить о величине головки плода по добытой измерением длине плода не всегда возможно, так как отношение длины туловища к размерам головки плода далеко не постоянно и пока еще с положительностью не установлено“ (*Крассовский*). Правда, существуют таблицы, по которым можно из длины внутриутробного плода вычислить поперечные размеры головки (*Ahlfeld*) и окружность ее (*Fehling*). Для практической работы они мало пригодны. Мы измеряем длину внутриутробного плода по *Ahlfeld*'у изредка с ориентировочной целью.

Существует предложение непосредственного измерения подлежащей головки через брюшные покрывы. Головка фиксируется над входом, тазомер приставляется справа и слева на ее поверхность и измеряется ее прямой размер. Из полученной цифры вычитается около 1 см на толщину брюшных покровов и стенки матки (*Ahlfeld*). Нечего и говорить, что тут абсолютной точности не может быть, так как нет возможности учесть толщину тканей, расположенных между головкой и пуговками тазомера.

Perret и *Dubrisay* также измеряют тазомером прямой размер головки и, вычитая из него 2,5 см, думают получить величину большого поперечного размера головки (*dist. biparietalis*). Понятно, что недостатки, отмеченные мною по отношению *Ahlfeld*'овских измерений, всецело имеют место и тут. *Fehling* предложил судить о величине головки по величине прощупываемого при внутреннем исследовании большого родничка, *Mandelstamm* для приблизительного суждения о величине головки учитывает расстояние между большим и малым родничками, определяемыми при вагинальном исследовании. Опытный акушер может как при наружном, так и при внутреннем исследовании составить себе представление о величине головки. Способов же измерения поперечных размеров головки, имеющих наиболее важное значение для родового акта, не существует.

В этом отношении практически наиболее важен учет степени выстояния головки над передней периферией костного таза, — „нависание головки над лонном“. Я не знаю, кто первый из авторов писал этот признак, в учебниках мы



Рис. 261. Henkel-Вастен положительный.



Рис. 262. Henkel-Вастен вровень.

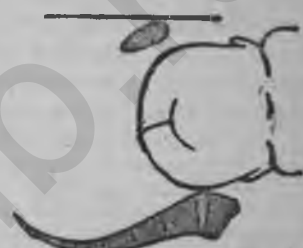


Рис. 263. Henkel-Вастен отрицательный.

встречаем поразительно мало указаний на него. Описание приема мы находим у *Henkel*'я: мой покойный учитель *В. А. Вастен* несколько десятков лет назад учил применению его в *Обуховской* больнице, а потому я себе позволил обозначить обсуждаемый прием как признак *Henkel* — *Вастена*.

Техника его такова: роженица лежит на спине, с вытянутыми ногами. Врач кладет свою руку (или только два пальца) плашмя на переднюю поверхность симфиза. Передвигая руку кверху, он получает ясное представление об отношении передней периферии головки к лонным костям. При явном соответствии между головкой и прямым размером входа в таз рука акушера определит, что головка значительно возвышается над плоскостью передней поверхности симфиза, она пойдет „в гору“ и ясно ощутит угол, открытый кпереди — признак *Henkel* — *Вастена* положительный (рис. 261).

При незначительном несоответствии передняя поверхность симфиза и передняя периферия головки будут находиться в одной плоскости — признак *Henkel* — *Вастена* вровень (рис. 262).

При отсутствии несоответствия рука, передвигаясь по симфизу кверху, найдет головку ниже плоскости симфиза, она опустится „в долину“ — признак *Henkel* — *Вастена* отрицательный (рис. 263).

Понятно, этот метод применим лишь при головке, стоящей неподвижно, фиксированной во входе или над входом. При подвижной головке метод, конечно, неприменим. Наша клиника широко пользуется этим методом в повседневной работе и пришла к выводу, что наряду с давлением головки, по *Peter Müller*'у (с контролем *per rectum*) признак *Henkel* — *Вастена* является незаменимым диагностическим приемом в деле ведения родов при узком тазе. При отрицательном признаке *Henkel* — *Вастена* нам нечего ожидать затруднения в родоразрешении, *Henkel* — *Вастен* вровень заставляет нас насторожиться, все же при эффективных родовых болях и хорошей конфигурабельности головки изгнание не встречает препятствия; при положительном признаке *Henkel* — *Вастена* несоответствие для нас доказано, и мы вправе ожидать серьезных осложнений в периоде изгнания.

Интересно, что *Zangemeister* предложил измерять степень выстояния головки над симфизом (*Prominierung des Kopfes*) и сравнивать полученный размер с величиной наружной конъюгаты. Для этого в положении роженицы на боку сперва измеряется наружная конъюгата, затем, оставляя заднюю ветвь тазомера на месте, перемещают переднюю ветвь тазомера кверху и приставляют пуговку ее на самую выдающуюся точку передней окружности головки. Получается размер *Zangemeister'a* (*Kopf-Beckenmass*).

Разница между наружной конъюгатой и этим размером, поскольку второй размер вообще определим, в норме до 3 см в пользу наружной конъюгаты. Если разница равна нулю или же, если *Kopf-Beckenmass* больше наружной конъюгаты, то, по мнению *Zangemeister'a*, прогноз в смысле самопроизвольного родоразрешения неблагоприятен. Дело массовых наблюдений оценить по достоинству значимость *Kopf-Beckenmass'a*; для нас ясно, что в основе его лежит определение выстояния головки над площадью симфиза, другими словами тот же принцип, на котором основан столь ценный прием *Henkel — Вастена*.

12 часов. Схватки частые, через 5 минут, сильные. Воды не проходили. Сердечные тоны справа ниже пупка, 140 в минуту. Головка подвижна над входом, во время схватки прижимается ко входу в таз; измерена головка по *Ahlfeld'у* — около 13 см. Измерена длина плода по *Ahlfeld'у* — 26 см.

Головка производит впечатление большой; за это говорит и длина плода. Раз мы получили величину 26 см, мы вправе ожидать, что фактическая длина плода больше 50 см, может быть 52 см.

В 13 час. 30 минут отошли воды, чистые, в умеренном количестве. Сердечные тоны плода после отхождения вод не изменились.

Per gestum: наружные половые части развиты правильно. Полость таза пустая. Шейка согнута, открытие зева около одного пальца, пузыря нет. Головка высоко над входом, подвижна. Мыс достигим указательным пальцем. Крестец не деформирован. Пограничные линии повсюду обойти удается.

Есть ли показания к вмешательству?

1. Нет, никаких, ни со стороны матери, ни со стороны плода.

Другого мнения быть не может. Мы должны вести роды консервативно.

До вечера перемен в состоянии роженицы не произошло. Схватки все время часты.

В 20 час. 30 минут. Температура нормальна. Головка малым сегментом во входе. Признак *Henkel — Вастена* — уровень. Сердечные тоны справа ниже пупка, 126 в минуту.

Per gestum: полость таза пустая. Открытие зева 3½ пальца, края его тонкие. Головка начинает вступать в тазовой вход, легко отодвигается. Признаков конфигурации нет. При вдавливании по *Peter Müller'у* головка лишь очень немного опускается.

Каково предсказание теперь?

1. Родовая деятельность хорошая, явных признаков несоответствия нет. Прогноз благоприятен.

2. Прогноз очень сомнителен. Головка большая, прошло уже 7 часов после отхождения вод, а она еще не вступила в таз. Как вдавливание по *Peter Müller'у*, так и признак *Henkel — Вастена* указывают на некоторое несоответствие.

3. Скорее прогноз неблагоприятен, период изгнания затянется, сердечные тоны уже замедлены, можно ожидать также утомления матки.

Мнения разошлись: разберемся.

Не подлежит сомнению, что в данный момент показаний к вмешательству нет. Но вправе ли мы спокойно ставить благоприятный прогноз? Вряд ли! Прогноз для самопроизвольного родоразрешения по меньшей мере сомнительный. Объективные данные говорят за наличие пространственного несоответствия. После отхождения прошло уже 7 часов, головка хотя и вставляется в тазовый вход, но все же в полость таза не опускается. Правильно будет ставить прогноз сомнительный: вследствие несоответствия головка может не вступить в полость, уйдет много времени, много схваток на безуспешную работу, наступит утомление мышечной силы матки и изгнание остановится раньше, чем головка займет тазовую полость. Или же схватки будут настолько эффективны, головка настолько сконфигурируется, что и опустится в полость таза, после чего уже наступит истощение матки — вторичная слабость родовых болей, что и поведет к остановке родов. Кроме того на протяжении всего периода изгнания в любой момент могут появиться признаки асфиксии плода,

что поставит врача в необходимость спешно решиться на то или иное вмешательство. Наконец, даже родившийся самопроизвольно или при помощи той или иной родоразрешающей операции плод может стать жертвой родовой травмы, того или иного вида внутрочерепного кровоизлияния.

Можем ли мы при таком положении дела смело и непогрешимо ставить прогноз? Конечно, нет. Чем же руководствоваться в дальнейшем? Тщательным наблюдением за ходом родового акта, наблюдением за матерью и плодом, — только им!

23 часа. Схватки частые и сильные. Сердечные тоны плода ясные, 134 в минуту. Головка, по видимому, опускается в полость таза.

Per rectum: зев открыт на $3\frac{1}{2}$ пальца. Головка покрыта значительной родовой опухолью, достигла широкой части тазовой полости, неподвижна, крестцовая впадина далеко еще не выполнена.

Итак, головка продвигается. Что же собственно означает „головка в широкой полости таза“?

Практическое акушерство различает 4 плоскости, проецированные в костный родовой канал.

1. Плоскость входа в таз, мысленно проведенная через мыс, обе безымянных линий и верхний край симфиза.

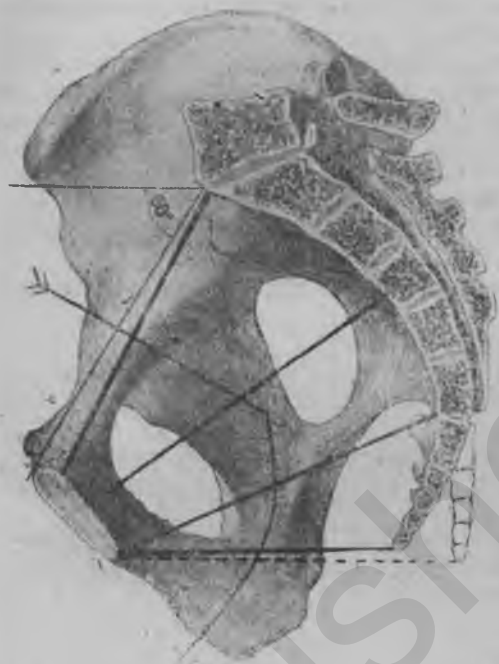


Рис. 264. Прямые размеры четырех плоскостей таза (по *Stöckel*ю).

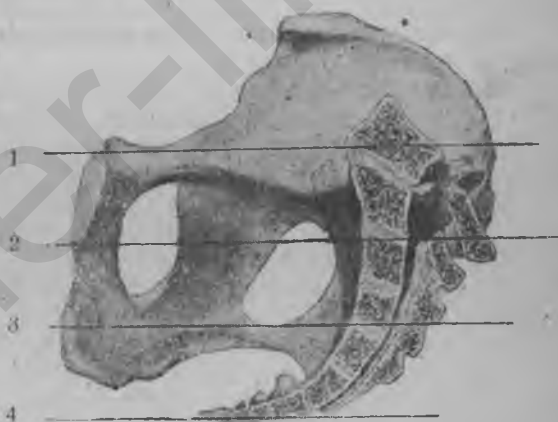


Рис. 265. Тазовые плоскости (по *Hodge*).

2. Плоскость широкой части полости таза, проведенная через середину III крестцового позвонка (самое глубокое место крестцовой впадины), середину вертлужных областей и середину лонного сращения.

3. Плоскость узкой части полости таза, проведенная через верхушку крестца (*artic. sacrosoccygea*), ости седалищных костей и нижний край симфиза.

4. Плоскость выхода полости таза, проведенная через верхушку копчика, вершины седалищных бугров и нижний край симфиза. Эта полость состоит из 2 отделов—переднего и заднего. Каждый отдел представляет собою треугольник, общее для обоих треугольников основание есть линия, соединяющая седалищные бугры (рис. 264).

Помимо этой классической системы тазовых плоскостей, в которой плоскости конвергируют кпереди и веерообразно расходятся кзади, мы знаем еще систему параллельных плоскостей, предложенную *Hodge*. Тут различают также 4 плоскости (рис. 265).

1. Первая плоскость, вполне соответствующая плоскости входа в таз классической системы.

2. Вторая плоскость, идущая параллельно первой через нижний край симфиза.

3. Третья плоскость, идущая параллельно первым двум через седалищные ости.

4. Четвертая плоскость, идущая параллельно предыдущим через загнутый кпереди копчик.

Как же определить при внутреннем исследовании, в какой плоскости таза стоит головка? Велико разнообразие данных внутреннего исследования; все же в отношении высоты стояния головки, эти данные можно схематически привести в следующую систему:

Полость таза пустая, можно ощупать всю переднюю поверхность крестца, а также заднюю поверхность симфиза; вытянутым пальцем можно дойти до мыса—головка стоит над входом в таз.

Полость таза пустая, определима вся передняя поверхность крестца; прямым пальцем идти в направлении мыса нельзя, дойти до области мыса удастся лишь согнутым пальцем; от задней поверхности симфиза ощутима лишь нижняя треть—головка стоит в тазовом входе.

Полость таза частично занята головкой, ощупать крестец целиком невозможно, но впадина его далеко не выполнена, до области мыса не дойти ни прямым, ни согнутым пальцем, седалищные ости ясно определимы—головка стоит в широкой части полости таза.

Полость таза занята целиком, лишь с некоторым трудом можно позади головки проникнуть пальцем в крестцовую впадину, седалищные ости определяются по бокам головки—головка стоит в узкой части плоскости таза.

Проникнуть в полость таза нельзя, седалищные ости недостижимы—головка стоит в тазовом выходе.

Позволю себе попутно дать несколько практических указаний.

Для того, чтобы правильно распознать высоту стояния подлежащей части, необходимо приподнять таз роженицы *см* на 15 (польстер) и одновременно сильно опустить локоть исследующей руки.

При исследовании на поперечной кровати часто получается совершенно иное представление, чем при исследовании на продольной кровати, именно относительно стояния головки в тазу.

Врач берет роженицу на операционный стол и, приступая к родоразрешающей операции, убеждается, что головка стоит выше, чем он предполагал на основании исследования на продольной кровати.

„Не мало случаев неудачного применения щипцов удалось бы избежать, если бы до операции было произведено внутреннее исследование на поперечной кровати и под наркозом“ (*Dührssen*). Предлежащая часть ощупывается лишь в пределах зева. Не следует проникать между зевом и головкой (опасность инфекции).

Большая родовая опухоль нередко порождает ошибку в распознавании истинной высоты стояния головки. Как часто врач, полагая, что головка в тазовом выходе, убеждается лишь при наложении щипцов, что в выходе стоит родовая опухоль, а череп плода стоит гораздо выше и занимает широкую часть таза.

Нередко также вопрос о неподвижности головки решается неправильно. При предварительном исследовании врач получает впечатление полной неподвижности головки; приступая к операции, он убеждается, что головка еще подвижна и легко может быть приподнята. Впрочем, подобного отодвигания головки кверху следует избегать (аспирация воздуха, влагалищных выделений, растяжение нижнего сегмента).

Итак, исследование нас убедило, что головка занимает широкую часть тазовой полости и стоит неподвижно (23 часа). Значит, продвижение совершается. Есть ли показания к вмешательству? Нет, ни со стороны матери, ни со стороны плода. Будем наблюдать.

4 часа ночи 24 ноября. Схватки все так же часты (через 5 мин.), средней силы. t° — нормальна. Сердечные тоны ясны.

7 час. 30 мин. Схватки стали значительно слабее и реже, через 8—9 мин., t° — 38° . Сердечные тоны замедлены, 110 в минуту, глуховаты. Отходят воды, обильно окрашенные меконием

Что случилось? Что делать?

1. Наступила вторичная слабость родовых болей, началась асфиксия плода. Надо родоразрешать.

2. Показания к окончанию родов налицо. Надо спешить с наложением щипцов, если будут к тому условия.

Безводный промежуток длится уже 18 часов. Все время родовая деятельность была интенсивна. Неудивительно, что ретракция плацентарного места и давление на головку со стороны костного таза привели к начальной асфиксии плода. Клинически она находит выражение в замедлении и заглушении сердечных тонов и в отхождении мекония. Плод в опасности!

С другой стороны, бурная родовая деятельность привела к утомлению маточной мускулатуры, наступила вторичная слабость родовых болей. К тому же многочасовое сообщение полости матки с полостью влагалища привело к восхождению микрофлоры последнего в матку, повысилась температура. Мать в опасности! Таким образом показания как со стороны матери, так и со стороны плода властно диктуют родоразрешение.

Первая мысль — надо извлечь плод щипцами. Но мы не знаем найдем ли мы условия к наложению щипцов. Поспешим с внутренним исследованием.

В 7 час. 45 мин. влагалищное исследование: во влагалище воды с меконием. Открытие около 4 $\frac{1}{2}$ пальцев, края довольно тонкие, передняя губа отечна. Головка неподвижна, покрыта значительно родовой опухолью, в широкой части полости. Родовая опухоль доходит до linea interspinalis. Малый родничок справа и спереди близ проводной оси таза, большой — слева и сзади, гораздо выше малого, резко выражена конфигурация головки.

Даны ли условия для наложения щипцов? 1) плод жив, 2) таз уже не представляет препятствия, 3) головка плода соразмерна, 4) пузыря нет, 5) головка хотя и не выполняет полости таза, все же стоит в его широкой части „Zangengerecht“, 6) открытие зева, к сожалению, неполное, но, принимая во внимание, что края истончены и растяжимы и открытие все же 4 $\frac{1}{2}$ пальца, можно этим условием пренебречь, надеясь на растяжимость зева.

Итак, мы приступили к операции наложения щипцов. Нам было ясно, что щипцы не „типичны“, что для того, чтобы они легли бипариетально, их надо наложить в правом косом размере таза, в последнем случае они будут лежать по отношению к головке правильно, по отношению же к тазу нетипично. В таком положении щипцы будут лежать недолго; по плану операции после нескольких тракций, которые окончательно продвинут головку к тазовому дну, головка совершит вместе со щипцами свой внутренний поворот; тогда щипцы лягут в поперечный размер таза, т. е. типично, и операция будет продолжаться как при выходных щипцах. Направление тракций укажут сами рукоятки. Первые тракции будут направлены книзу и на себя, в дальнейшем — горизонтально, наконец, по выведении затылка, тракции нужно будет направить вверх, соответственно разгибанию головки.

Дан наркоз (СНCl₃), операционное поле обеззаражено обычным порядком. Оператор взял сложенные вместе ложки щипцов, правую ложку отдал обратно акушерке, левую ложку левой рукой ввел lege artis под контролем правой руки в левую половину таза, следя за тем, чтобы верхушка ложки прошла между краем зева и головкой. Направление ложки дано влево и вперед. Левая ложка введена и рукоятка поручена ассистенту. Затем оператор взял правую ложку правой рукой и под руководством левой руки ввел ее в правую половину таза, направляя ее более назад, также между краем зева и головкой. Щипцы легко замкнуты, лежа в правом косом размере таза. Пробная тракция книзу убедила, что они не соскальзывают. Сделано 2 — 3 тракции, во время которых зев растянулся и легко заправлен за головку, головка подалось, вместе с тем щипцы перешли в поперечный размер таза. Пальцем проверено, что стреловидный шов перешел в прямой размер, малый родничок оказался под симфизом. Сделана п. ринотомия. Горизонтальными тракциями затылок выведен из-под лунной дуги. С затылка спущена передняя окружная вульварного кольца. Выведены и теменные бугры. Оператор встал справа от роженицы, тракциями вверх совершил разгибание головки и снял щипцы в обратном порядке, сперва правую ложку, потом левую. Головка выведена давлением на заднюю промежность (по Ritgen-Olshausen'у). Потягиванием за головку подведено переднее плечико под симфиз, головка повернулась лицом к левому бедру матери. Выведено туловище плода (8 час. 30 мин.). Плод (девочка) в асфиксии, легко оживлен. Вес 4200 г длина 53 см.

В 8 час. 40 мин. вышел послед, без дефектов. На промежность наложено несколько швов. Головка младенца сильно вытянута в направлении затылка, огромная родовая опухоль на левой теменной кости. Правая теменная кость подходит под левую.

Послеродовой период без особенностей. Первые три дня бутироль Милютниной под кожу по 1 см. Однократное повышение температуры до 37,9°. 29 ноября сняты швы—первичное натяжение. 6 декабря родильница выписалась домой с ребенком.

Итак, родоразрешение закончилось наложением щипцов. Но щипцы были наложены не вследствие узкого таза. Не узкий таз был показанием к наложению щипцов, а асфиксия плода, повышение температуры матери и вторичная слабость родовых болей заставили прибегнуть к щипцам. Самое же несоответствие между тазом и головкой было преодолено спонтанно, несмотря на значительную величину плода, в частности его головки. Многочасовая эффективная родовая деятельность первородящей, правильное вставление головки, целесообразная аккомодация головки повели к тому, что головка, несмотря на то, что таз был не только „суженным“, но и „узким“, продвинулась в полость таза и, если бы не истощение родовых сил и асфиксия плода, изгнание завершилось бы естественным путем. Мы наложили щипцы не с целью преодолеть механическое препятствие, а лишь с целью заменить недостаточную изгоняющую силу, оказавшуюся несостоятельной в непосильной работе.

Интерес случая. 19-летняя первородящая поступает в начале родов. Таз общеравномерносуженный. Воды отходят при малом раскрытии зева. После 18-часового безводного промежутка наступает вторичная слабость родовых болей, повышается температура матери, появляются признаки внутриутробной асфиксии плода, что и диктует оперативное родоразрешение. Механизм родов правильный. Условия к наложению щипцов даны, хотя зев открыт не вполне. Наложены щипцы Simpson'a. Извлечен живой плод, весом 4200 г.

Случай 104 й

М. В. П., 21 года (№ приемного журнала 6527), поступила в клинику 23 января 1930 г. в 9 час. 30 мин. в родах.

Краткий анамнез: пациентка росла слабым ребенком, перенесла разные детские болезни. Месячные начала носить с 15 лет, через 6 недель, по 3—4 дня. Замужем 2 года. Беременна впервые. Срока последних регул указать не может. Движения плода начала ощущать в августе. Во время беременности ничем не хворала. Последний coitus за 3 дня до поступления. В ночь на 23 января начались родовые боли. Всю ночь боли редкие, слабые. Воды за ночь не отходили. Утром роженица отправилась в клинику, куда и поступила в 9 час. 30 минут.

При поступлении: перед нами истощенная женщина среднего роста, правильного телосложения, шатенка. Рост 155 см. Т,—36,4°. Пульс 82. Деформаций скелета нет. Живот увеличен соответственно доношенной беременности. Полос беременности нет. Пупок выпячен. Окружность живота 93 см. Высота дна матки над лоном 37 см. Положение плода продольное. В дне определяются ягодичи, мелкие части не определяются. Спинка справа. Над входом в таз предлежит головка, несколько подвижная. Подбородок слева. Признак Henkel — Вастена — вровень. Сердечных тонов выслушать нигде не удается.

Размеры таза: dist. spin.—23 см; dist. crist.—27 см; dist. troch.—29 см; conj. ext.—17,5 см; conj. lat.—14 см; окружность таза 82 см. Ромб Michaelis'a правильной формы. Litzmann 8 см, Tridondani 9 см. Родовая деятельность слабая.

Каков диагноз? Каков план ведения родов?

1. Общеравномерносуженный таз у первородящей. Положение правильное. Повидимому, есть несоответствие между тазом и головкой. Ведение родов должно быть пока консервативное.

2. Повидимому, идет период раскрытия, имеется слабость родовых болей. Жизнь плода под сомнением. Показано более детальное исследование.

В ваших мнениях нет противоречия. Таз несомненно общесуженный. Положение черепное, вероятно второе затылочное. Есть основание предполагать несоответствие: головка у первородящей стоит над входом; признак Henkel — Вастена — вровень. Родовая деятельность очень слабая. Это нас не удивляет у носительницы общесуженного таза. Воды еще не проходили. Хотя мы и не знаем еще степени открытия зева, все же считаем, что идет период раскрытия. Наиболее всего нас поражает то, что не удается выслушать сердечных тонов плода. Но мы не вправе еще считать плод умершим. Есть ли показания к вмешательству? Нет, никаких, но есть необходимость в более точном исследовании роженицы.

В 10 час. отошли скудные воды, слегка окрашенные меконием.

Per rectum: наружные части развиты слабо, умеренная волосистость. Вход во влагалище узкий. Влагалище узкое. Шейка сглажена, зев открыт на $1\frac{1}{2}$ пальца, края его не истончены. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижатая во время схватки ко входу. Родовой опухоли нет. Мыс достигим 3-м пальцем. Строеие крестца правильно; безмянные линии удается повсюду обойти пальцем. Диагональная конъюгата 9,5 см. Пальцы окрашены меконием.

Повторная аускультация живота нигде сердечных тонов плода не обнаруживает.

Теперь мы можем охарактеризовать положение дела более точно: первые роды при общеравномерносуженном тазе. Черепное положение плода. Первичная слабость родовых болей. Преждевременное отхождение околоплодных вод. Внутриутробная смерть плода.

Что делать?

1. Надо ускорить родоразрешение. Показан метрейриз и по рождении баллона перфорация головки.

2. Показаний ускорению родов нет. Надо взять курс на выжидание. Роды могут кончиться самопроизвольно.

3. Не следует слишком долго выжидать. При достаточном раскрытии зева показана перфорация с последующим извлечением плода.

Плод мертвый. При ведении родов мы должны руководствоваться только интересами матери. Если мы решим, что есть показания к ускорению родов, то мы зададимся вопросом, как можно ускорить раскрытие зева и усилить родовую деятельность. Но есть ли эти показания? Думаю, что нет. Матери в данный момент ничего не угрожает. Внутриутробная смерть плода не есть еще показание к родоразрешению. Ускорить родовой акт можно расширением зева кровавым путем — hysterosotomía, бескровным — пальцевое расширение, метрейриз.

Будь зев достаточно открыт, можно было бы подумать об извлечении плода после прободения головки. О наложении щипцов речи бы не было, на заведомо мертвый плод щипцов не накладывают. Перечисленные вмешательства есть все же оперативные вмешательства, которые не вполне безразличны для роженицы. Будем ли мы их предпринимать без надлежащих к тому показаний? Конечно, нет, мы должны пока воздержаться от активных мер.

Весь день роженица пролежала с редкими схватками. В 23 часа положение дела мало изменилось. Головка все также прижата ко входу. Сердечных тонов нигде нет. Т. 36,8°.

Ночью роженица спала довольно много. Схватки ее беспокоили мало.

К утру (24 января) схватки усилились. Самочувствие хорошее. Т. 36,5°. Пульс 80. Головка малым сегментом вставилась во вход в таз.

Мы приступили к вагинальному исследованию (10 часов). Воды идут в скудном количестве грязноватые. Зев открыт на 3 пальца, края не истончены. Головка стоит неподвижно во входе. Родовой опухоли нет. Стреловидный шов в поперечном размере таза. Малый родничок слева. Кости черепа мягкие.

Будем ли мы что-нибудь делать? Нет, роды подвигаются, показаний к вмешательству нет.

К вечеру (19 часов) схватки прекратились. Роженица утомлена. Т. 38,0°. Пульс 100.

Что делать?

Надо кончать. Вероятно, теперь зев настолько открыт, что возможно будет родоразрешить. Методом выбора следует считать перфорацию головки с последующей краниоклазией.

Действительно, положение изменилось. Прекратились схватки, роды остановились. С другой стороны, несколько поднялась температура, участился пульс. И если мы до настоящего времени отвергали всякое вмешательство, то теперь показания к вмешательству налицо. К какому? Мы не знаем, насколько открылся зев, но все же вправе предположить, что открытие больше, чем было утром. О щипцах речи нет: плод мертв. Единственным показанным способом родоразрешения является краниоклазия головки после перфорации. Этот способ будет наиболее бережным.

Под перфорацией мы понимаем искусственное вскрытие черепа плода, так что содержимое его, мозг, будучи под давлением, вытекает наружу. Этим головке дается возможность приспособиться к форме и ширине родового канала и уменьшиться в объеме.

Под краниоклазией понимают сжатие и извлечение перфорированной головки помощью соответствующего инструмента, обычно краниокласта Браун'а.

Некоторые акушеры (напр. *Н. Н. Феноменов, В. С. Груздев*) объединяют операцию перфорации со связанным с нею удалением мозга (эксцеребрация) и последующий краниоклазией в одно понятие „краниотомия“. При таком понимании операция краниотомии складывается из 3 актов: перфорации, эксцеребрации и краниоклазии (или кефалотрипсии).

„Показания к этой классической акушерской операции (перфорации) стоят в настоящее время так же твердо, как они стояли и в прошлом, а именно: перфорация мертвого плода применяется во всех тех случаях, когда роды затягиваются, а состояние матери требует их окончания. Совершенно понятно, что если женщина доставлена в клинику с уже умершим плодом, то в случае необходимости закончить роды перфорация всегда была, есть и будет самым законным вмешательством“ (*А. Ф. Пальмов*).

В частности при узком тазе мы не должны слишком долго выжидать самопроизвольного изгнания мертвого плода, подвергая мать опасности инфекции или повреждений. Смысла нет стремиться к рождению неповрежденного мертвого плода и рисковать здоровьем матери. Показаний к перфорации живого плода я здесь не касаюсь.

Понятно, что условия к перфорации требуются несложные: маточный зев должен быть настолько раскрыт, чтобы технически было возможно провести перфоратор. Для этого достаточно открытие в 2—3 поперечных пальца. Вторым условием считаются такие размеры таза, при которых вообще возможно родоразрешение перфорированного плода. Другими словами, таз не должен быть абсолютносуженным. Большинство акушеров считают пределом для перфорации величину истинной конъюгаты в 6 см для плоского таза и 6,5 см для общесуженного. Наконец к необходимым условиям следует отнести отсутствие плодного пузыря.

Если для перфорации достаточно небольшого раскрытия зева, то для последующей краниоклазии требуется большее открытие. Открытие в 2—3 пальца для выведения даже спавшейся после истечения мозга головки — недостаточно. Полное открытие не требуется, потому что спавшийся череп вытягивается, принимает клиновидную форму и может быть проведен без нарушения целостности зева при открытии его на 4 пальца. Впрочем не следует забывать, что вслед за головкой должны быть выведены плечики. Но об этом скажу в дальнейшем.

В нашем случае показания к перфорации налицо, условия — также.

Прежде чем приступить к операции, спросим себя, какую предпочесть технику и какие инструменты приготовить.

Перфорацию головки можно делать на ощупь под руководством и прикрытием введенной во влагалище руки или после обнажения головки зеркалами под контролем зрения. Если головка выполняет полость таза, то ничего нельзя возразить против перфорации на ощупь. Во влагалище вводятся 4 пальца левой руки, концы пальцев фиксируются на головке; правой рукой в родовые пути вводится перфоратор, причем оператор зорко следит за тем, чтобы при введении инструмента не нанести повреждений мягким частям матери. Конец перфоратора фиксируется на избранной для прободения точке головки. При дальнейших манипуляциях внимание оператора должно быть обращено на то, чтобы перфоратор не покидал точки приложения, не соскальзывал кзади или в сторону, что может повести к серьезным поранениям материнских частей. Перфоратор должен быть приложен по возможности вертикально к черепному своду, для чего следует опустить рукоятку его возможно ниже, иначе, стоя к головке по касательной, он легко может, соскользнув с головки, нанести матери повреждения. Другое дело при головке, стоящей во входе в таз или над входом. В таких случаях я решительно не рекомендую делать перфорацию на ощупь. Тут показан метод перфорации с обнажением головки зеркалами.

Велика заслуга *Н. Н. Феноменова*, предложившего свою технику и преподавшего свой метод многим поколениям врачей. И если в свое время *Феноменов* говорил: „как ни просто, как ни разумно это требование, оно как-то не проникло в сознание врачей и как практический прием у постели рожениц не

применяется вовсе⁴, то в настоящее время русские врачи повсеместно предпочитают этот метод Феноменова прежней перфорации на ощупь. И разве что в легком случае, при низко стоящей головке, или же будучи один-на-один с роженицей, без ассистенции, может быть не располагая должным инструментарием и освещением, участковый врач и в настоящее время сделает перфорацию на ощупь.

Действительно, представьте себе головку, стоящую малым своим сегментом во входе в таз. Вы делаете перфорацию на ощупь. Под прикрытием левой руки вы вводите перфоратор (напр. Vlot) в родовые пути. Для того, чтобы достигнуть головки, сильно опускаете рукоятку книзу, иначе верхушка инструмента не достигнет головки, а направится на заднюю стенку влагалища. Но если инструмент и достиг головки, то при дальнейших манипуляциях им, можете ли вы быть уверенным, что он не соскользнет и, идя по касательной, не нанесет травмы родовым путям. Мне лично известен случай, где соскользнувшим перфоратором нанесено прободное ранение заднего влагалищного свода, проникающее в дуглас. Родильница погибла от перитонита. Описан случай ранения передней поверхности крестцовой кости соскользнувшим перфоратором.

Подобные серьезные осложнения особенно возможны, когда перфорацию приходится делать на подвижной головке. В таких случаях рекомендуют руками помощника фиксировать головку через брюшные покровы, сильно прижимая ее ко входу в таз. Нечего и говорить, что подобная фиксация не всегда легко осуществима (ожирелый живот, чувствительные покровы, неумелый помощник и пр.). Не следует забывать, что и после удачной перфорации фиксированной таким образом головки помощник должен продолжать удерживать головку прижатой ко входу до надежного наложения краниокласта, иначе головка может сместиться и перфорационное отверстие, может уйти из пределов зева и для наложения краниокласта придется перфорировать череп в другом месте (*Груздев*).

Перечисленные опасности и трудности можно легко обойти, если, как правило, придерживаться метода Феноменова. Этот способ заключается в том, что с помощью введенных во влагалище широких ложкообразных зеркал головка делается доступной зрению, покровы головки захватываются пулевыми, мюлеевскими или Доуен⁵овскими щипцами (двумя парами), рассекаются поперечно на некотором протяжении между наложенными щипцами, после чего в это окошко в покровах черепа вводится перфоратор непосредственно к обнаженной кости. После собственно перфорации мозговая масса обычно выходит из перфорационного отверстия сама собою. *Феноменов* рекомендует ее удалять искусственно и предложил для этого большую тупую изогнутую ложку, которой очень удобно вычерпать мозговое вещество. Эта манипуляция (эксцеребрация) не только способствует уменьшению объема головки (череп и без нее спадается), но и должна разрушить продолговатый мозг с его жизненными центрами (что особенно важно, если операция производится на живом плоде). Кстати скажу, что разрушить продолговатый мозг дело далеко не легкое, потому что для этого требуется удачное преодоление сопротивления *tentorii*. За неимением ложки разрушить мозг можно и введенным в черепную коробку корнцангом, металлическим катетером и т. п.

Предложенное вымывание мозга из черепа помощью кружки Эсмарха с наконечником я считаю совершенно лишним. *Агафоновым* предложен инструмент, состоящий из комбинации ложки с катетером.

Способ Феноменова устраняет главную опасность перфорации на ощупь — повреждение родовых путей матери: вся операция производится под контролем зрения, перфоратор фиксируется не на покровах черепа, с которых возможно соскальзывание с неминуемым ранением материнских частей, а через окошко в покровах непосредственно на обнаженной кости. Если верхушка перфоратора тут и соскользнет, то она застрянет где-либо между черепным сводом и покровами головки, находясь как в мешке; а отнюдь не придет в соприкосновение с материнскими частями.

Куда перфорировать?

Как правило, местом перфорации выбирают участок головки, расположенный в центре зева по проводной оси таза. Легче всего перфорировать в шов

или родничок. Нередко в центре зева нет ни шва, ни родничка, что особенно понятно при асинклитическом вставлении головки; в таких случаях перфорируют прямо через кость. При затылочных предлежаниях местом перфорации чаще всего оказывается малый родничок или стреловидный шов, при передне-головных — большой родничок, при лобных — лобный шов, при лицевых — глазница или даже твердое небо.

Перфорация выполняется при помощи инструментов, известных под названием перфораторов или прободников. Многочисленные, известные в акушерстве модели перфораторов можно разделить на 3 группы: 1) перфораторы трепановидные, 2) перфораторы ножницевидные и 3) перфораторы копьевидные.

Трепановидные перфораторы — инструменты сложные по устройству (Leissnig-Kiwisch'a, Braun'a, Guyon'a) и в настоящее время вряд ли часто применяются. В начале моей врачебной деятельности мне еще приходилось пользоваться трепановидным прободником Leissnig-Kiwisch'a. Практический врач предпочтет инструменты более удобные. Более распространены ножницевидные перфораторы (Smellie, Naegele-Simpson'a). Эти прободники представляют собою ножницы с заостренными концами и лезвиями, обращенными наружу, которые



Рис. 266. Ножницевидный перфоратор Smellie.



Рис. 267. Перфоратор Феноменова.

расходятся при движении рукояток (рис. 266). Переход к копьевидным прободникам представляет один из самых употребительных перфораторов — Blot (том II, рис. 152). Тут две бранши с копьевидным окончанием расходятся при сдвливании рукояток наподобие ножниц.

Очень хорош перфоратор Феноменова, представляющий собою мощный стержень, снабженный на одном конце рукояткой в виде перекладины, как у крючка Braun'a, а на другом буравовидным наконечником, в виде конуса с своеобразными загнутыми и закругленными гранями. Во время своей многолетней работы в родовспомогательном заведении (ныне роддом им. Снегирева) я пользовался преимущественно прободником Феноменова и горячо его рекомендую (рис. 267).

Врач-акушер в конкретном случае с успехом применит любой перфоратор. Кроме прободника для операции краниотомии должны быть приготовлены следующие инструменты:

- 1) ложкообразное (пластинчатое, длинное) зеркало с широкими подъемниками,
- 2) 2 пары щипцов Мизеих или Doyen'a (можно взять и пулевые),
- 3) скальпель,
- 4) ложка Феноменова (том II, рис. 153),
- 5) краниокласт Braun'a,
- 6) крепкие ножницы (на случай клейдотомии),
- 7) иглодержатель с иглами,
- 8) мочевого катетер.

После перфорации и эксцеребрации можно поступить двояко: или предоставить изгнание плода естественному течению родов или же сразу перейти к извлечению плода за перфорированную головку (краниоклазия). Полагаю, что, как правило, следует начатое дело доводить до конца. В большинстве случаев показание к родоразрешению остаются те же, что были до перфорации; они продолжают требовать окончания родов. В конкретном случае желательно окон-

чить роды в том же наркозе, дабы не подвергать роженицу повторной психической травме и повторному наркозу. Исключение из этого общего правила можно сделать для случаев, где перфорация производится при малом открытии зева и где при этом нет показаний к скорейшему окончанию родов.

Для извлечения перфорированной головки в настоящее время уже не пользуются ни *tire-têtes*'ами, ни крючками, ни кефалотрибами. Весь этот инструментарий забыт как нецелесообразный и грубый. Лишь краниокласт Braun'a удвояет всем требованиям. „Трудно придумать что-либо более целесообразное и совершенное, чем краниокласт“ (Феноменов). Насколько удачен Braun'овский инструмент, настолько следует признать неудачным его название. Краниоклазия обозначает собственно говоря выламывание костей черепа. Краниокласт (том II, рис. 154) состоит из двух перекрещивающихся ветвей, снабженных в месте перекреста замком. Рукоятки краниокласта снабжены сжимающим аппаратом в виде винта. Ложки имеют небольшую тазовую кривизну, причем одна ложка — сплошная, с неровностями на своей выпуклой поверхности, другая — окончатая. Под контролем руки (чтобы не поранить стенок влагалища) вводится сначала сплошная ложка через перфорационное отверстие внутрь черепа и передается для удержания помощнику. Затем вводится окончатая ложка, опять-таки под контролем пальцев, и накладывается на наружную поверхность черепа, соответственно положению сплошной ложки, замыкают замком, на рукоятки надевают сжимающий прибор, завинчивают гайку до полного смыкания рукояток и приступают к извлечению. Направление тракций то же, что и при извлечении головки щипцами. Во время тракций следует следить за тем, не травмируются ли материнские ткани обломками костей черепа, торчащими из перфорационного отверстия, не выламывает ли краниокласт костей черепа с оставлением головки на месте. В связи с последним обстоятельством стоит вопрос о том, на какую часть черепа накладывать краниокласт. Обычно захватывают в краниокласт ту часть черепной коробки, которая всего доступнее. И все же, если только представляется выбор, то выбирают наиболее массивную и прочную часть черепа. Я неоднократно наблюдал, как краниокласт, наложенный на затылочную часть, выламывал чешую затылочной кости, так что приходилось его переключать. Рациональнее накладывать краниокласт при затылочных предлежаниях на лобную часть черепа и затем уже извлекать, подражая нормальному механизму родов.

Практическому врачу для успешного завершения краниотомии вряд ли когда-нибудь изменит краниокласт Braun'a. При сильных степенях сужения таза, по данным литературы, лучше применять трехстворчатый инструмент Auvard'a или Zweifel'я (рис. 268), представляющий сочетание перфоратора, краниокласта и кефалотриба. Личного опыта я не имею.

Итак, у нашей больной мы решились на краниотомию.

В 20 час. роженица взята на операционный стол, дан наркоз. После обычного обеззараживания операционного поля и рук, выпущена катетером моча и приступлено к вагинальному исследованию. Из влагалища истекают обильные, грязные, окрашенные меконием воды. Открытие зева — 4 поперечных пальца, края тонкие. Головка неподвижна, в широкой части полости, мыс прямым пальцем недостижим. Стреловидный шов в левом косом размере газа. Малый родничок справа и спереди. Кости черепа подвижны, родовой опухоли нет.

Приступлено к перфорации: введено широкое пластинчатое зеркало, передняя стенка влагалища поднята подъемником. Обнажена предлежащая головка, окаймленная краями зева. Покровы головки захвачены двумя парами мюезевских щипцов и подтянута на себя. Между ними покровы рассечены скальпелем поперечно до кости, введенным в инцизионное отверстие пальцем, покровы отслоены от кости на небольшом протяжении, причем найден малый родничок. Введен перфоратор



Рис. 268. Трехстворчатый краниокласт Auvard'a.

Blot в сложенном виде: при значительном опускании рукояток острие его воткнуто в родничок, смыканием рукояток отверстие расширено расходящимися лезвиями, затем перфоратор повернут на 90° и снова отверстие расширено. В сомкнутом виде инструмент удален; из перфорационного отверстия истекает мозговая масса. Большой тупой ложкой вычерпан мозг, причем мы не старались разрушить продолговатого мозга (мы уверены, что плод мертв). Сняты мозгеевские щипцы, извлечены зеркала. Приступлено к наложению краниокласта. Сплошная ложка его под контролем левой руки введена в перфорационное отверстие, своей ребристой стороной влево. Затем введена во влагалище правая рука, левой наложена окончатая ветвь на лобную часть черепа, причем прослежено, что она пригласилась между зевом и головкой. Ветви замкнуты, приспособлен сжимающий прибор, гайка завинчена. Приступлено к тракциям: первые тракции произведены очень осторожно, чтобы убедиться, что краниокласт не вырывает костей. Во время тракции пальцами понемногу запрошен зев, головка легко подалась до тазового дна и медленно в краниокласте выведена наружу. Краниокласт снят. Влечением за головку выяснено, что плечики вывести не легко. Во избежание травматизации родовых путей произведена двусторонняя клейдотомия, плечевой пояс спался, легко извлечен плод, мужского пола, слегка мацерированный. Вес его 3270 г без мозга. Длина 52 см. Наркоз грекращен. Роженица снята с операционного стола. Продолжительность родов 44 часа. Спусти час (2 час) родился послед, без дефектов. Матка сократилась. Промежность цела.

Температура на другой день после родов 37,7°. С 26 января послеродовой период безлихорадочный. 1 февраля родильница выписалась домой.

Итак, в интересах матери мы предприняли краниотомию (перфорация — эксцеребрация — краниоклазия). К ней мы присоединили клейдотомию.

Эту своеобразную операцию я уже изложил несколько раз (случай 30-й, 68-й). Она заключается в рассечении одной или обеих ключиц мертвого плода. Хотя операция эта и была известна и раньше (*Fornari, v. Herff, H. Spencer*), выработка техники ее и название принадлежат *H. H. Феноменову* (1889). Чаще всего она производится после краниотомии. Иногда ее приходится делать и после операции щипцов и даже после самопроизвольного рождения головки крупного плода. Из физиологии акушерства известно, что плечики вставляются в таз своим бисакромиальным размером в поперечный размер входа или в один из косых. Если же бисакромиальный размер вставляется в прямой размер входа (*Феноменов* — 1895), можно плечики перевести в поперечный размер давлением на лопатку одной стороны и область ключицы другой стороны (*Феноменов*) или давлением на переднюю ручку со стороны спинки 4 пальцами (*Ahlfeld*). Иногда при крупных плодах или при узком тазе, даже при совершившемся внутреннем повороте плечиков, плечевой пояс может родиться только с большим трудом. Тогда дети обнаруживают в дальнейшем параличи типа Duchenne — Erb'a или Klumpke или же рождаются с переломами ключицы. При попытках низведения ручек также нередко происходят переломы ключицы или плечевых костей. Нередко дети погибают, и тогда уже приходится прибегать к клейдотомии или к извлечению крючком за подкрыльцовую впадину (*Jolly, Calman*) или же за обе ручки после ампутации головки (*Döderlein*).

Рекомендую при затруднениях рождения плечиков прибегать к клейдотомии, лучше всего двусторонней, если только плод мертв. Ключицы представляют собою распорки, вставленные между грудиной и акромиальными концами плечевого пояса; рассечение этих распорок ведет к спадению плечевого пояса и к сближению акромиальных концов его. По *Янкевичу*, окружность плечевого пояса при односторонней клейдотомии уменьшается на 2,5—3 см, при двусторонней — на 5—6 см. В случаях же краниотомии полагаю, что малейшее затруднение рождения плечиков должно нас побудить произвести клейдотомию во избежание возможных травм родовых путей матери. Недавно *Янкевич* (Киев — 1929) предложил клейдотомию на живом плоде как метод выбора при затруднении рождения плечиков. Он представил ряд удачных случаев и предлагает особые для этой операции ножницы. Повреждения сосудов или нервов он не наблюдал. Личного опыта не имею.

Техника операции на мертвом такова: помощник оттягивает родившуюся головку книзу, оператор вводит четыре пальца левой руки во влагалище и нащупывает ими переднюю ключицу; правой рукой берет крепкие, тупоконечные ножницы *Siebold'a*, достигает ими ключицы, ставит их по возможности перпендикулярно к ключице и одним-двумя ударами рассекает ключицу. Аналогично поступают и с другой ключицей. Опасность нанесения травмы матери при этом невелика. Больше опасность ранения собственных пальцев оператора. Какой участок ключицы рассекать при клейдотомии, полагаю, безразлично. По моим

наблюдениям, найти и рассечь переднюю ключицу всегда легко, операция же на задней ключице может встретить некоторые трудности. Я помню случай где я делал *cleidotomia bilateralis*. Осмотр трупа обнаружил, что действительно рассечена была только одна из ключиц, другая осталась неповрежденной. В. С. Груздев считает, что иногда рассечение плечевого пояса удобнее всего произвести в области грудино-ключичного сочленения. В тех исключительно редких случаях когда и клейдотомия не дает достаточного уменьшения объема верхней части туловища, Илькевич (1911) и Белоручев (1912) рекомендуют разрушение грудной кости ножницами или перфоратором (стернотомия). Может встретиться надобность кроме рассечения ключиц и в перерезке ребер. Тогда последние захватываются крючком Braun'a и пересекаются ножницами—*claviculo-costotomia* (Орбант—1905).

Интерес случая. Первородящая, 21 года, поступает в клинику в родах. Распознаны общеравномерносуженный таз, первичная слабость родовых болей. Положение плода правильное. Установлены внутриутробная смерть плода и преждевременное отхождение околоплодных вод. Ведение родов вначале консервативное. Ввиду остановки родов и повышения температуры решено закончить роды краниотомией. Произведены перфорация, экциеребрация и кранио-клазия. Плод извлечен после двусторонней клейдотомии. Продолжительность родов 44 часа. Выздоровление.

Случай 105-й

Ф. И. А., 24 лет (№ приемного журнала 2549), поступила в клинику 8 марта 1927 г. в 22 часа 30 мин. в родах.

Краткий анамнез: пациентка росла хилым ребенком. 15 лет она начала носить месячные. Регулы шли через месяц, по 4—5 дней, без болей. На 22-м году жизни она вышла замуж. Беременность первая. Последние месячные были 10 июня 1926 г. Беременность протекала без особенностей. Движение плода начала ощущать 6 октября. 8 марта вечером А. пошла в баню. Вернувшись домой (21 час), она заметила внезапное истечение большого количества вод из половых путей; она легла. Спустя короткое время начались родовые боли, что и заставило ее отправиться в клинику (22 ч. 30 мин.).

При поступлении: роженица правильного телосложения, худенькая брюнетка. 150 см. Пульс 80 ударов в минуту. Скелет без деформаций. Живот увеличен соответственно доношенной беременности. Резкая пигментация средней линии, сосков и околососковых кружков. Пупок выпячен. Полосы беременности очень скудные. Окружность живота 92 см. Высота дна матки над симфизом 32 см. Положение плода продольное. В дне матки—ягодицы, мелкие части не прощупываются. Спинка справа. Предлежит головка, подвижная над входом. Головка значительной величины и плотности. Слева ясно определяется подбородок. Признак Henkel—Вастена—вровень. Сердечные тоны плода справа ниже пупка, 140 в минуту.

Размеры таза: *dist. spin.*—23 см; *dist. crist.*—26 см; *dist. troch.*—28 см; *conj. ext.*—18 см; окружность таза 77 см.

Ромб Михаэлиса правильной формы. Размер Litzmann'a 7,5 см; размер Tridondani 9 см. Родовая деятельность слабая, редкая.

Дежурный врач сделал вагинальное исследование: волосистость умеренная, наружные части развиты правильно. Из влагалища истекают чистые воды. Влагалище без особенностей. Шейка укорочена, шеечный канал еле вмещает фалангу пальца. Полость таза пустая. Мыс достигим легко. Крестец без изменений. Безыменные линии легко обойти пальцем. Предлежит подвижная над входом головка, во время схватки прижимается ко входу. Измерена диагональная конъюгата—10 см.

Каковы диагноз и прогноз?

1. Таз общеравномерносуженный. Положение плода—2-е черепное. Воды отошли преждевременно. Идет период раскрытия. Прогноз плохой.

2. Имеется вторая степень сужения таза. Несоответствие ясное. Все же ставить прогноз трудно, так как мы не знаем еще эффективности болей и степени конфигурабельности головки.

Роды срочные. Повидимому, было умеренное многоводие, еще до начала родовой деятельности отошли воды. Головка в большом тазу, слабые родовые боли еще не успели фиксировать головку во входе. Несоответствие несомненно есть; суженный таз, повидимому, окажется для данных родов узким. Мы вправе ожидать патологическое течение родов: воды отошли до начала болей, головка у первородящей над входом в таз, признак Henkel—Вастена вровень,

диагональная конъюгата 10 см, значит истинная — 8,5—8,25 см; окажутся ли боли на высоте, мы не знаем, способность головки к конфигурации нам неизвестна, величина ее основательная.

Ясно, что мы не можем предвидеть, каково будет течение родов, все же составить предварительный план ведения родов мы должны.

Как быть?

1. Лучше всего отказаться от родоразрешения через естественные родовые пути и сразу же сделать брюшностеночное кесарское сечение.

2. Несоответствие не настолько выражено, чтобы счесть показанным кесарское сечение. Следует рассчитывать на то, что природа справится с задачей.

3. Раз мы решили вести роды выжидательно, то по крайней мере следует усилить схватки и способствовать раскрытию зева.

Проще всего было бы действительно остановиться на кесарском сечении. Роды мы быстро закончим, плод получим живым, риск небольшой. Все это правильно и все же думается, что показания недостаточны. Акушерского анамнеза нет, роды первые, несоответствие между тазом и головкой не настолько выражено, чтобы считать родоразрешение через естественные родовые пути невозможным, к тому же было произведено вагинальное исследование, что все же считается отягчающим прогностическим моментом.

Мы за последние годы, как и большинство акушеров, несколько расширили показания к кесарскому сечению и в этом не раскаиваемся, но мы далеки от того, чтобы при малейшем несоответствии отказаться от „старых методов“, от „вагинального родоразрешения“. Мы никак не можем и не должны слепо следовать столь нашумевшему призыву *Max Hirsch'a* раз навсегда отказаться от ведения патологических родов иначе как помощью брюшностеночного кесарского сечения, помня, что такая постановка дела чревата серьезными последствиями для матери и способна нанести необозримый вред научному акушерству.

Считаю полезным вспомнить некоторые положения доклада *В. Я. Илькевича, М. Ф. Леви и С. А. Селицкого* по программному вопросу на 8-м Всесоюзном съезде в Киеве (1928): „Операция кесарского сечения является до сих пор вмешательством рискованным для матери и не всегда спасительным для плода и потому производить ее следует с определенным ограничением, а именно: не вторгаясь в физиологическое течение родового акта и не стремясь заменить акушерство чистой хирургией. Необходимо ограничить применение кесарского сечения по поводу узкого таза при относительном показании у первородящих, в особенности юного возраста, не отказываясь от взгляда на первые роды как на „пробные“.

К вопросу о пробных родах мы еще вернемся в дальнейшем.

Считаем ли мы после этого у нашей роженицы кесарское сечение показанным? Нет, мы откажемся от него. Есть ли вообще показания к какому-либо вмешательству? Если бы воды были целы, то, естественно, мы воздержались бы от всякого вмешательства и вели бы роды строго выжидательно. К сожалению произошло преждевременное отхождение околоплодных вод, период раскрытия только начался, родовые схватки очень слабые. При таких условиях родовый акт может затянуться на очень продолжительное время, безводный интервал может оказаться чрезмерно длительным. Желательно ускорить раскрытие, сохранить остатки вод, усилить родовую деятельность. Всего этого мы можем достичь, если прибегнем к метрейризу.

Мы решились на введение метрейринтера.

В 23 часа приступлено к метрейризу: роженица взята на операционный стол; после обычного обеззараживания операционного поля и рук оператора, без наркоза, шейка обнажена зеркалами, захвачена и низведена пулевыми щипцами, цервикальный канал протерт спиртом, он оказался проходимым для пальца. Баллон *Ваупа*, вместимостью в 200 см³, сигарообразно сложенный, взят в зажим и легко введен в нижний сегмент матки; зажим удален, баллон наполнен стерильным солевым раствором, кишка зажата пеоном, извлечены зеркала. Впрыснут питугландоль.

Вскоре схватки участились и усилились.

В 3 часа (9 марта) схватки умеренной силы, через 10 минут. Сердечные тоны ясные, справа ниже пупка. В 6 часов при потужных болях родился метрейринтер. Головка крепко прижата ко входу. Сердечные тоны без перемен.

В 8 ч. схватки, прекратившиеся после рождения баллона, возобновились, слабоватые через 6—10 минут.

В 10 час. исследование per rectum: малый таз пустой, шейка сглажена, открытие около 2 $\frac{1}{2}$ пальцев, края тонкие. Головка все там же над входом.

Многого ли мы достигли метрейризом? К сожалению, немногого. Правда, родовая деятельность значительно усилилась, шейка сгладилась, зев открылся до диаметра баллона. Но вот метрейринтер родился, зев спался, родовые схватки стали слабеть, головка не вставилась?

Что же делать?

1. Показан профилактический поворот на ножку.
2. Следует вернуться к мысли о брюшностеночном кесарском сечении.
3. Надо ждать завершения периода раскрытия, зорко следя за состоянием матери и плода.

Вы предлагаете поворот на ножку, называя его профилактическим, пови-димому, руководствуясь следующими соображениями: повернув плод на ножку, мы устраиваем как бы перманентный метрейринтер, схватки усилятся, раскрытие быстро завершится; в случае показаний к родоразрешению, в нашем распоряжении рукоятка, за которую можно будет извлечь плод. Но обоснован ли ваш оптимизм? Ведь поворот будет трудный, воды прошли 14 часов назад, подвижность плода очень ограничена, открытие небольшое, поворот будет комбинированный по Влахтон—Никсе'у роженица первородящая, а знаете ли вы, что значит поворот у первородящей? Но предположим, поворот удался, спрашивается какое будет изгнание? Как пройдет последующая головка через суженный таз. Конфигурация должна совершиться в несколько минут, много шансов за то, что она застрянет и плод погибнет в последний роковой момент изгнания.

Нет, поворот на ножку мы отвергаем, как вмешательство, сопряженное с чрезвычайным риском для жизни плода и далеко не безразличное для матери.

Опять возникает мысль о кесарском сечении. Полагаю, что если вечером, до метрейриза мы ее отвергли, то утром после метрейриза мы должны тем более решительно от нее отказаться.

Остается ждать, но, конечно наблюдая постоянно за общим состоянием и температурой матери, за маткой, за сердечным тонами плода и пр.

Весь день схватки были слабоватые. Состояние роженицы неизменно хорошее. Температура колебалась между 36,5 и 37,0°. Пульс не учащался. Головка все так же прижата ко входу. Сердечные тоны вполне удовлетворительные.

К ночи положение не изменилось. Ввиду отсутствия показаний к вмешательству, мы решили продолжать выжидание.

Ночь роженица провела спокойно, между схватками дремала. Наблюдение существенных перемен не обнаружило.

Утром 10 марта. Т-ра 36,8. Пульс 88. Схватки через 6 минут, слабоватые. Головка стоит неподвижно, малым сегментом во входе. Непкел—Вастен — вровень. Сердечные тоны справа ниже пупка, 136 в минуту.

Per rectum: малый таз пустой. Зев открыт на 4 пальца. Головка покрыта небольшой родовой опухолью, неподвижна, большим сегментом во входе.

Есть ли показания к родоразрешению? Нет, будем ждать.

Опять прошел день, к вечеру наступило утомление роженицы. В 23 часа появилось обильное отхождение мекония. Сердечные тоны сильно замедлены — 110 в минуту. Схватки резко ослабели. Головка большим сегментом во входе.

Что делать?

1. Наступила асфиксия плода. Извлечь его живым не представляется возможным. Остается выждать наступления смерти плода и произвести краниотомию.

2. Надо немедленно наложить щипцы, несмотря на высокое стояние головки.

3. Высокие щипцы—операция слишком ненадежная. Показана пубиотомия, головка опустится в таз и сможет легко быть извлечена щипцами.

Действительно, теперь наступили показания к родоразрешению,—показания, исходящие от плода. Если со стороны матери наблюдается слабость ро-

довых болей, то это не есть еще абсолютное показание; асфиксия же плода требует срочного вмешательства. Какого? Краниотомию на живом плоде вы не предлагаете, она была бы уместна при жизненных показаниях со стороны матери—тут жизнь плода приносится в жертву интересам матери. В нашем случае, наоборот, в опасности плод. Есть ли возможность извлечь плод щипцами, или придется и теперь воздержаться от вмешательства и, дождавшись гибели плода, закончить роды путем краниотомии? Это было бы самым простым способом родоразрешения, но мы принесли бы жизнь плода в жертву. Неужели же нет возможности спасти плод? Заманчива мысль расширить тазовое кольцо, дать головке возможность быстро опуститься в полость таза, после чего быстро извлечь плод щипцами. К сожалению приходится отказаться от этой мысли: наша больная первородящая, а у них мы считаем пубиотомию противопоказанной. Остается сделать попытку наложения щипцов. И эти щипцы будут щипцами „высокими“.

„Высокие“ щипцы! Мы подошли к одному из наиболее трудных и наиболее спорных вопросов практического акушерства. Что же такое „высокие щипцы“? Если головка стоит в выходе таза, т. е. выполняет собою всю полость его и своим нижним полюсом достигает плоскости тазового выхода, то даны наиболее благоприятные условия для наложения щипцов—„щипцы выходные“. Если головка прошла тазовый вход и выполняет собою широкую полость малого таза, оставляя половину тазовой полости свободной, или, продвинувшись еще далее, достигает узкой части полости таза, оставляя лишь незначительную часть крестцовой впадины незанятой—то условия для наложения щипцов, хотя и менее благоприятны, чем в первом случае, все же даны—„щипцы полостные“.

Другое дело, если головка стоит только во входе в таз той или иной своей периферией. Тут можно смело сказать: она не стоит „Zangengerecht“—„щипцы высокие“. Казалось бы легко дать понятие „высоких щипцов“. В действительности и до сих пор нет точного определения понятия „высокие щипцы“. Одни авторы (*Ohlshausen* и *Veit, Henkel, Magnus, Bumm, Феноменов* и мн. др.) считают „высокими“ такие щипцы, которые накладываются на головку, стоящую во входе наибольшим сегментом,—только их они и признают доступными“ (*А. Ф. Пальмов*). Другие (*Runge, Döderlein, Дмитриев, Hofmeier, Виридарский, Попов, Stöckel, Baisch, Iamasaki, Пальмов* и др.) относят к категории „высоких“ лишь те щипцы, которые наложены на головку, стоящую своим наибольшим сегментом над входом. Исходя из этого *Stöckel* и *Пальмов* утверждают, что большинство описанных в литературе „высоких“ щипцов в действительности—невысокие. *Д. О. Отт* считает щипцы высокими в том случае, если 1) „головка стояла „средним“ или „малым“ сегментом во входе, 2) если она была лишь „прижата“ ко входу и 3) если она стояла „над входом“ подвижно“. Щипцы, наложенные на головку, стоящую во входе наибольшим сегментом, *Пальмов* относит к невысоким или „типическим“ щипцам.

Вопрос о степенях „высокого“ стояния головки в связи с уместностью наложения щипцов прекрасно освещен *Малиновским* и *Кушниром*. Они различают три возможности:

а) „Головка целиком стоит над входом в таз: все пункты входа в таз совершенно свободны и доступны исследующему пальцу, полость таза совершенно пуста“. В таком случае наложение щипцов противопоказано при всяких условиях. „Наложение щипцов на высоко и подвижно стоящую над входом в таз головку следует определенно считать врачебной ошибкой“.

б) „Головка вступила в таз только небольшим („малым“) сегментом, наибольшей же своей окружностью она еще находится над входом в таз. Обычно головка при этом бывает подвижна или слегка фиксирована. Мыс доступен исследующему пальцу“.

Тут-то и расходятся мнения акушеров. Наиболее правильным будет считать, что при подобных условиях для рядового врача наложение щипцов будет ошибкой. Врач с большим опытом может себе позволить наложение щипцов (щипцы с осевыми тракциями, щипцы *Kjelland'a*), но все же он должен всегда помнить положение, высказанное *Zweifel'em*, что, как правило, вслед за неудачными щипцами неизбежно следует перфорация.

в) „Большая часть головки вступила в таз (головка большим сегментом во входе в таз). Своей наибольшей окружностью головка стоит ниже плоскости входа в таз. При внутреннем исследовании промонторий недоступен исследующему пальцу“.

В таком случае наложение щипцов возможно. Правда, головка еще не стоит в удобном для наложения щипцов положении, почему вся операция по своей атипичности всегда является серьезной и рискованной. Такие щипцы мы и будем называть высокими щипцами.

Вы видите, что между точкой зрения *Stöckel'*я, *Отта* и *Пальмова*, с одной стороны, и пониманием *Малиновского* и *Кушнера* с другой существует большая разница. Со своей стороны, я целиком и полностью присоединяюсь к воззрениям *Малиновского* и *Кушнера*. Лично я полагаю, что под „высокими щипцами“ мы должны понимать щипцы, накладываемые на головку, стоящую своей наибольшей периферией неподвижно во входе в таз. Щипцы на головку, расположенную всецело в большом тазу, на головку подвижную, или лишь „прижатую“ ко входу, или стоящую „малым“ сегментом во входе, я отвергаю, как правило, вовсе. Исключение может, в моем понимании, позволить себе лишь врач, обладающий большим опытом, рядовому же врачу, врачу участковому и особенно начинающему горячо рекомендую придерживаться изложенных положений. Поверьте мне, своих рожениц вы избавите от горя и страданий, а себя от тяжелых переживаний.

Операция высоких щипцов существует уже более 150 лет и еще сравнительно недавно имела широкое распространение. Она входила, как неотъемлемая часть в выжидательный метод ведения родов при узком тазе. В дальнейшем, с наступлением так называемой „хирургической эры“ в акушерстве, область применения высоких щипцов стала более ограниченной. Пубитомия, разные виды брюшностеночного кесарского сечения стали теснить высокие щипцы. Многие видные представители акушерства (*Döderlein*, *Krönig*, *Pinard*, *Baisch*) совершенно отвергают высокие щипцы. *Olshausen* даже говорит: „die hohe Zange passt zum engen Becken wie die Faust aufs Auge“. Странников высоких щипцов стало значительно меньше (*Wolff*, *Вирударский*, *Полов*, *Елкин*). Большинство акушеров применяют высокие щипцы с серьезным ограничением. По мнению *В. С. Груздева*, „высокие щипцы могут быть накладываемы лишь там, где головка если и стоит еще своей наибольшей окружностью над входом, и то лишь очень невысоко, и ее подвижность, если и не совершенно утрачена, то во всяком случае сохранена лишь в очень незначительной степени“. По *Пальмову*, на долю высоких щипцов могут быть предоставлены случаи, где а) нет непреодолимого для щипцов пространственного несоответствия между тазом и головкой, где б) мать не настаивает на получении живого ребенка во что бы то ни стало (следовательно при показаниях, главным образом, со стороны матери), где в) хирургические операции противопоказаны, невыполнимы или отвергаются роженицей и оставалось бы лишь перфорировать плод, и где г) имеется опытный, с тонко развитым мышечным чувством, оператор“.

Показания к высоким щипцам следует по возможности ограничить. Показания эти всегда должны быть жизненными для матери или для плода. Слишком большая продолжительность родового акта, утомление роженицы, вторичная слабость родовых болей не должны сами по себе служить показанием к высоким щипцам. „Если при живом ребенке здоровью матери угрожает реальная опасность, родоразрешение является абсолютно необходимым. При наличии опасности для жизни ребенка также разрешается наложение высоких щипцов для спасения последнего. Кроме этих двух никаких других показаний, особенно для начинающего врача, быть не должно“ (*Малиновский* и *Кушнер*).

В частности при узком тазе высокие щипцы ни в коем случае не должны иметь целью насильственное преодоление механического препятствия, оказываемого головке слишком узким тазовым кольцом. Щипцы — инструмент, влекущий, а отнюдь не протаскивающий насильственно головку через узкое место.

Высокие щипцы должны быть *operatio necessitatis* — операцией, к которой мы прибегаем, не имея другого более рационального и менее опасного способа родоразрешения.

Высокие щипцы должны быть всегда только операцией пробной — на завершении которой не следует настаивать во что бы то ни стало.

Высокие щипцы не должны быть операцией продолжительной: если врач после нескольких тракций убеждается, что они не достигают цели, он должен тут же перейти на краниотомию.

Чрезмерное упорство при выполнении операции высоких щипцов нерационально и опасно, нерационально потому, что при таких условиях вряд ли удастся извлечь плод живым (слишком велика травматизация головки), опасно потому, что более чем вероятны разнообразные, более или менее тяжкие повреждения родовых путей матери как мягких (разрыве нижнего сегмента, сводов и стенок влагалища), так и твердых (повреждение крестцовоподвздошных сочленений, симфиза и даже костей таза).

Вдумайтесь в сущность „высоких щипцов“ и вы поймете всю трудность, сложность и опасность этой операции.

Головка стоит во входе в таз своим стреловидным швом в поперечном размере его (или в одном из косых). Вы собираетесь наложить щипцы. Ложки обычных Simpson'ских щипцов должны быть введены высоко, они окажутся короткими, их придется замыкать во влагалище. Но вот они наложены: как они легли? Одна ложка ляжет на затылок, другая на лицо. Это неминуемо. Вместо того, чтобы лечь, как подобает, би-париетально, они лягут совершенно несуразно. При сближении рукояток и при тракциях ложки будут сжимать головку

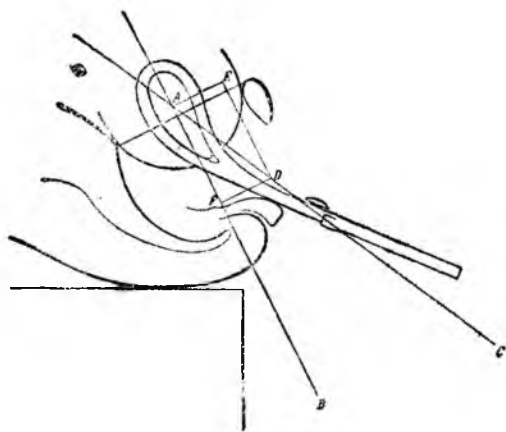


Рис. 269. Обыкновенные щипцы, наложенные на высокостоящую головку.

в передне-заднем направлении, головка будет компенсаторно увеличиваться в поперечных своих размерах, т. е. поперечник головки, стоящий в истинной конъюгате, будет ни уменьшен, а, наоборот, увеличен, что увеличит трудность вступления головки в полость таза. Но этого мало. Тракции будут приводить влечение за головку в неправильном направлении. Как ни наклонять рукоятку книзу, направление не может совпасть с направлением того пути, по которому должна пройти высоко стоящая головка. Ведь стоящая во входе головка должна опускаться книзу по прямой линии, а этого невозможно достичь обыкновенными щипцами без полного разрушения мягких частей тазового выхода. Взгляните на рисунок, взятый у Бумма (рис. 269). Вместо влечения в направлении АВ, влечение должно совершаться в направлении линии АС. В результате, согласно закону параллелограмма сил, значительная часть влекущей силы будет прижимать головку к задней поверхности симфиза и тратиться на сопротивление со стороны его. Из влекущей силы AD лишь часть ее AF будет использована для дела, другая ее часть AE будет иметь вредное действие. Это ли рационально?

Другая опасность высоких щипцов заключается в соскальзывании их с головки. Оно происходит в случаях, когда головка не захвачена ложками щипцов равномерно и надежно. При гидроцефалии (слишком большая головка), при мацерированном плоде, при недоноске (слишком маленькая голова), а особенно в случаях наложения щипцов на высокостоящую головку (неполномерный охват головки) при первых же тракциях ложки могут соскользнуть с нее. В последнем случае щипцы могут соскользнуть или в горизонтальном направлении (возможно только при подвижной головке) (рис. 271) или в вертикальном (рис. 270). Вы себе представляете разрушения, которые могут нанести щипцы при таком внезапном соскальзывании во время энергичной тракции! Мне известен случай, где врач, увлекшись тракцией, в момент соскальзывания упал навзничь с пустыми щипцами в руках! Во избежание подобных катастрофических происшествий, помните золотое правило о „пробной тракции“. Определить грознее соскальзывание не трудно: при тракции рукоятки пружинят, расходятся, ложки

на глазах „становятся длиннее“, головка остается на месте, не следуя за щипцами, в тазовом выходе появляются „пустые ложки“. Все это должно служить сигналом к немедленному прекращению тракций.



Рис. 270. Вертикальное соскальзывание щипцов.



Рис. 271. Горизонтальное соскальзывание щипцов.

Уже давно врачебный ум старается найти инструмент, который мог бы с успехом выполнить задачу извлечения высокостоящей головки без указанных только-что неудобств. Предложенные модели называются щипцами с осевым влечением. Самые известные щипцы — щипцы Tarnier и щипцы Breuss'a, пользовавшиеся еще недавно широким распространением. Щипцы Tarnier (рис. 272)

длиннее обыкновенных моделей, влечение производится не за рукоятки, а при помощи особого влекущего аппарата, подвижно прикрепляющегося к ложкам



Рис. 272. Щипцы с осевым влечением Tarnier.



Рис. 273. Щипцы Breuss'a.

у конца их окошек и снабженного значительной промежностной кривизной. Рукоятки указывают врачу направление, по которому в данный момент следует головка, и служат для фиксации головки, для чего они снабжены особым крепким винтом. Я много раз пользовался щипцами Tarnier и должен сказать, что больше ими пользоваться не буду. Они громоздки, сложны и очень опасны для плода, головка которого подвергается непомерному и слишком длительному сжиманию. Щипцы Breuss'a (рис. 273) имеют преимущества перед Tarnier: они менее громоздки, наложение и замыкание их гораздо проще. Травматизация головки меньше. Особенностью их является подвижность ложек, которые соединены с замком и с рукоятками помощью шарниров. Прибор для осевых тракций приделан к самим ложкам.

Не следует думать, что изобретение щипцов с осевыми тракциями решило вопрос о высоких щипцах. Напротив, дальнейшее развитие научного акушерства доказало их несостоятельность, и эти модели почти уже ушли в область истории.

Щипцы как обыкновенные, так и с осевым влечением, накладываются в поперечном размере тазового входа и захватывают в худшем случае головку спереди и сзади, т. е. ложки ложатся на затылок и на лицо. В лучшем случае они захватывают головку наискось, т. е. ложки ложатся на головку сбоку от затылка и сбоку от лба. Никогда эти щипцы не могут лечь на головку типично, т. е. не смогут ее захватить бипариетально потому, что в таком случае их надо было бы наложить в прямом размере таза, что технически невозможно выполнить вследствие того, что все перечисленные щипцы имеют тазовую кривизну.

Вследствие этого большого внимания заслуживают щипцы „прямые“, без тазовой кривизны. Уже давно русским акушером *И. П. Лазаревичем* предложены такие прямые щипцы с неперекрещивающимися, лежащими параллельно ветвями. Благодаря отсутствию тазовой кривизны они могут быть наложены и в прямом размере тазового входа. Щипцы Лазаревича допускают значительную подвижность головки, мало ее сдавливают, просты по устройству. Широкого распространения щипцы Лазаревича однако не получили.

Огромное впечатление произвело во всем акушерском мире опубликование *Kjelland'*ом своей модели щипцов, которые, по мнению самого автора и многих других, лишены всех недостатков своих предшественников и могут быть наложены в любом размере таза при любом стоянии головки на ее поперечник.

Щипцы *Kjelland'*а большинству русских врачей мало известны, а потому я позволю себе немного на них остановиться. В основе своей модель *Kjelland'*а имеет идею *Лазаревича*. Длинные, легкие, изящные, перекрещивающиеся ветви с окончатými ложками, замковой частью и рукоятками, снабженными крючковатыми отростками. Головная кривизна—8 см. Собственно тазовой кривизны нет. Ложки байонеттообразно отклоняются на 3 см от прямой оси срединных частей, имея сбоку вид штыка. Замок состоит из маленькой четырехугольной пластинки, загнутой под прямым углом над другой ветвью, так что допускает смещение ложек по продольной их оси. На боковых крючках пуговки должны быть при наложении обращены в сторону затылка.

По мнению *Fink'a*, неразрешенная до сих пор проблема наложения щипцов на поперечник высокостоящей головки с полным использованием головной кривизны—теперь разрешена и именно щипцами *Kjelland'*а. Где бы ни стояла головка, щипцы *Kjelland'*а могут ее захватить бипариетально и извлечь без перекладывания, несмотря на ее ротацию. В то время как невозможно наложить переднюю ложку обыкновенных щипцов в прямом размере входа, потому что она вследствие своей тазовой кривизны не может быть введена между симфизом и головкой, передняя ветвь щипцов *Kjelland'*а может быть сюда введена, обращенная своей вогнутостью кпереди, после чего она поворачивается на 180° вокруг своей продольной оси, после чего ее вогнутость смотрит кзади, к головке. В момент этого поворота, между симфизом и головкой должен находиться тонкий круглый неактивный участок ложки. Задняя ложка вводится прямо кзади и вверх впереди мыса или сбоку от него. Хорошо наложенные щипцы обхватывают головку строго бипариетально, повсюду прилегая к головке, нигде не отставая от нее каким-либо краем своих ребер, вследствие чего они могут служить не только для влечения, но и для ротации головки, в то время как обыкновенные щипцы ни в коем случае не должны быть инструментом ротирующим.

Щипцы *Kjelland'*а требуют точной диагностики положения головки, расположения стреловидного шва и родничков. Если при высокостоящей головке обследование головки двумя пальцами не дает ясную картину, то показано исследование всей рукой.

При головке, стоящей в полости таза, техника наложения щипцов мало чем отличается от таковой обыкновенных щипцов. Кстати скажу, что при низком поперечном стоянии головки щипцы *Kjelland'*а особенно ценны и удобны. Техника же наложения их на высокостоящую головку имеет, как только-что указано, свои крайне интересные особенности.

Раньше чем приступить к введению ложек, оператор, зная точно положение головки, держит щипцы в замкнутом виде перед вульвой так, чтобы вогнутость

тазовой кривизны была обращена в сторону затылка. Если, напр., стоящая во входе в таз головка стоит своим стреловидным швом поперечно, то щипцы должны лечь в прямом размере таза, потому что щипцы Kjelland'a должны захватывать головку всегда строго бипариетально. Во влагалище оператор вводит 2 пальца, обращенные ладонной поверхностью кпереди, проникает ими кверху за симфиз, между головкой и краем зева. Другая



Рис. 274. Введение передней ложки щипцов Kjelland'a.

рука берет переднюю ложку, обращенную своей головной кривизной кверху, и вводит ее по внутренним пальцам за головку; опуская рукоятку резко книзу, оператор заставляет верхушку ложки скользить вверх, между симфизом и головкой, все время обращенной своей вогнутостью кпереди (рис. 274). Когда ложка введена на достаточную глубину, она поворачивается вокруг



Рис. 275. Поворот передней ложки.

своей продольной оси на 180° в направлении своей тазовой кривизны (рис. 275). Пуговка на боковом крючке также указывает направление поворота; она должна быть обращена в сторону затылка. В результате этого поворота ложка ляжет на головку правильно (рис. 276). Рукоятку оператор передает помощнику для удержания ее.



Рис. 276. Поворот передней ложки закончен.

Затем оператор приступает к введению задней ложки. Опять он вводит 2 пальца, ладонной поверхностью кпереди и проникает ими между головкой и мысом кверху, следя за тем, чтоб край зева остался на тыльной стороне пальцев. Другая рука вводит заднюю ложку; при этом тазовая кривизна должна быть обращена к затылку, далее так, чтобы головная кривизна была обращена кпереди, к головке и чтобы ложка лежала впереди замка передней ложки. Опуская и тут рукоятку книзу, оператор заставляет ложку скользить кверху между головкой и мысом или несколько сбоку от



Рис. 277. Ложки замыкаются.

него. И эта ложка ляжет в прямом размере таза. Введение как передней, так и задней ложки должно быть произведено вне схватки. Затем ложки замыкаются (рис. 277). Первая пробная тракция убеждает оператора в том, что головка захвачена правильно. Тракция круто вниз. Головка опускается в полость таза. Ротация происходит на глазах: щипцы поворачиваются. Или же оператор способствует внутреннему повороту головки, уже опустившейся в тазовую полость. Дальнейшая тракция и выведение головки производятся так же, как и обыкновенными щипцами.

Нечего и говорить, что наложение щипцов Kjelland'a дело рук опытного врача. Все движения при введении ложек должны быть медленными и осторожными. Нельзя применять ни малейшего насилия. Особенно серьезны введение передней ложки и поворот ее на 180°. Описаны случаи разрыва нижнего сегмента, выпадение пуповины, разрывы ее, вырывание кусков плаценты. *Wille* видел случай, где при повороте передней ложки согнутая в локте ручка плода попала в окошко ложки, что привело к значительным затруднениям. Я сам видел случай разрыва мочевого пузыря, повлекшего за собой образование свища в 2 поперечных пальца шириной.

Этот-то поворот передней ложки и породил у некоторых авторов неприязнь к модели Kjelland'a.

Понятно, что при растяжении истонченного нижнего сегмента поворачивание передней ложки на 180° более чем рискованно. Во избежание опасных последствий можно попытаться избежать поворачивания ложки, вводя переднюю ложку в боковой отдел таза, как это принято при обыкновенных щипцах, после чего, путем „странствования“ по дуге в 90° заводят ее кпереди и между симфизом и головкой.

Наша клиника нередко пользуется щипцами Kjelland'a при специальных показаниях, вполне сознавая технические трудности выполнения операции. Но где только возможно, мы избегаем метод поворачивания передней ложки и накладываем переднюю ложку, пользуясь методом странствования. Врачу-практику *Schwenke* (1928) также рекомендует отказаться от поворота передней ложки и накладывать ее так, как это делается с другими моделями, так как щипцы Kjelland'a всегда захватывают головку бипариетально.

Я уже говорил, что щипцы Kjelland'a у нас в Союзе пока не пользуются широким распространением. Все же имеется ряд работ, указывающих их достоинства (*Шполянский, Шейнман, Мандельштам, Сосюр*). *Атаева* (1928) полагает, что как высокие щипцы они являются инструментом выбора; щипцы Kjelland'a являются великолепным ротационным инструментом, не нуждаются в осевых тракциях, для мягких родовых путей более гуманны, чем классические. Непременным условием успешности их применения является бипариетальное захватывание головки.

Сосюр (клиника *Л. С. Сахарова*) сообщает (1930) 6 случаев применения щипцов Kjelland'a. Я подчеркиваю первый и последний из его выводов. Наложение высоких щипцов является операцией серьезной и ответственной. Сфера ее применения должна быть ограничена узким кругом точных и убедительных показаний и наличием необходимых условий. Преимущества щипцов Kjelland'a ни в коем случае не должны служить причиной для расширения показаний к операции наложения высоких щипцов.

Но вернемся к нашей роженице. Роды длются уже 50 часов, столько же времени роженица без вод. Метрейриз дал лишь временное усиление родовых болей. Головка стоит большим сегментом в тазовом входе. Наступили признаки внутриутробной асфиксии плода. Мы решились на наложение щипцов. Щипцы будут высокие. Щипцы *Simpson'a* не наложишь на высокостоящую головку, стоящую стреловидным швом в поперечном размере входа. Щипцы *Tarnier* и *Breuss'a* мы склонны отвергнуть. Показаны щипцы Kjelland'a с наложением передней ложки по возможности путем „странствования“.

Роженица взята на операционный стол. Обычным образом произведено обеззараживание операционного поля. Дан наркоз. Выпущено 50 см³ мочи.

Исследование *per vaginam*: из влагалища идут воды, окрашенные меконием. Крестцовая впадина пустая. Открытие почти полное. Головка неподвижна во входе в таз своим наибольшим

сегментом, покрыта значительной родовой опухолью. Справа определяется малый родничок, стреловидный шов угадывается идущим под родовой опухолью в поперечном размере таза, большой родничок не достигается. Мыс не достигим.

Решено наложить щипцы Kjelland'a бипариетально на головку, т. е. в прямом размере входа. Взятые щипцы в замкнутом виде и расположены так, что тазовая кривизна обращена вправо (в сторону затылка), пуговки на крючках смотрят также вправо. Ложка, которой надлежит быть передней (левая), взята в левую руку; два пальца правой руки введены глубоко во влагалище и влево и определен край зева около безымянной линии. Ложка введена, как принято при обыкновенных щипцах, под контролем внутренних пальцев между краем зева и головкой, и после того, как она при сильном опущении рукоятки легла на головку, она заведена по дуге вокруг головки кпереди за симфиз: она легла на теменную область в прямой размер входа. Рукоятка передней ложки передана помощнику для удерживания. Затем взята другая ложка, которой надлежит быть задней, в левую руку, два пальца правой руки введены кзади впереди мыса и проникли между краем зева и головкой. Ложка введена вверх уже введенной ложки плашмя под контролем пальцев и скользя по ладонной поверхности пальцев, при сильном опускании рукоятки, легла на головку (на теменную область) впереди мыса. Внутренние пальцы извлечены. Щипцы лежат (ребром) в прямом размере таза. Оператор сел. Ложки легко сошлись в замке. Профилактически сделана перинеотомия. Пробная тракция убедила, что щипцы хорошо захватили головку, соскальзывания нет. Помощник выслушал сердечные тоны плода: они замедлены, но ритмичны. Двумя, тремя тракциями круто книзу головка без большого усилия низведена в таз (рис. 278). Во время следующих тракций щипцы стали поворачиваться из прямого в правый косоый размер таза (это указывало на то, что головка начала совершать свой внутренний поворот вместе со щипцами). В промежутках между тракциями щипцы разомкнуты на короткое время. Во время дальнейших тракций щипцы перешли в поперечный размер таза. Ощупывая одним пальцем головку, оператор убедился, что стреловидный шов стал в прямой размер таза, малый родничок за симфизом. Осторожными горизонтальными тракциями затылок выведен из-под лонной дуги. Оператор стал сбоку от роженицы и одной-двумя тракциями вывел теменные бугры. Поручив помощнику удерживать дно матки, оператор разомкнул щипцы и вывел ложки, сперва правую, потом левую. Головка выведена по Ritgen-Olshausen'у, она тотчас же повернулась лицом к левому бедру матери. Плод извлечен в белой асфиксии. Пуповина не пульсирует, тотчас же перевязана и рассечена. Плод, мужского пола, весом в 3150 г, передан для оживления. После подуча обычных мер оживления младенец закричал.



Рис. 278. Головка низведена в таз.

Роженица снята с операционного стола (23 часа 40 мин.) и оставлена под наблюдением. В 1 час началось кровотечение. Послед не отделился. Выпущена моча. Попытка выжать послед по Crede' осталась без результата. Ввиду продолжавшегося кровотечения решено выжать послед в наркозе. Дан легкий наркоз — выжимание опять безуспешно. Приступлено к ручному отделению последа. Родильница резко побледнела, пульс нитевидный. Плацента оказалась плотно прикрепленной и занимала левый туберный угол и всю левую стенку матки. Послед удален. Матка атонична. Сделан горячий маточный душ. Впрыснут эрготин под кожу. Матка сократилась. Введены зеркала, разрывов шейки нет. Быстро зашита перинеотомическая рана (погруженные и влагалищные швы — кэтгутовые, нитяные — на кожу).

Общее состояние родильницы тяжелое. Пульс нитевидный. Под кожу бедер влито 750 см³ теплого физиологического раствора соли, подкожно введено ol. camphorati 5 см³, 1% раствор кофеина 1 см³. Массаж матки, лед на живот, грелки к ногам и на область сердца. Постепенно пульс поднялся, кровотечения нет. Родильница оставлена под наблюдением.

В послеродовом периоде температура субфебрильна в течение 12 дней; на 3-й день после родов одно повышение до 38,3° (легкий эндометрит). Общее состояние быстро улучшилось. Пульс держался выше 100 до 6-го дня. Ежедневно подкожные впрыскивания Butyroл'я Милютинной. 15 марта сняты швы — заживление первичным натяжением. 24 марта родильница выписалась с ребенком.

Взглянем ретроспективно на период изгнания. Сужение таза дало дистокию. Все же если бы другие родовые факторы были удовлетворительны, изгнание совершилось бы самопроизвольно. Но раннее отхождение вод, упорная слабость родовых болей привели к несостоятельности изгнания. Безводный интервал в 50 час. сказался на плоде. Внутриутробная асфиксия плода властно потребовала родоразрешения. И мы наложили „высокие щипцы“ — operatio necessitatis. Модель Kjelland'a вполне себя оправдала. Поворачивание передней ложки не потребовалось: „странствование“ удалось.

Спрашивается, что следовало бы делать, если бы после правильного наложения щипцов первые несколько тракций остались бы безуспешными, головка не подавалась бы, не опустилась бы в полость таза? Продолжали бы мы тракции

с упорством, достойным лучшего применения? Конечно, нет; после нескольких безуспешных тракций, мы сумели бы путем аускультации убедиться, что плод, до операции находившийся в тяжелой асфиксии, теперь уже в агонии или даже погиб и мы прекратили бы попытки извлечь его щипцами и приступили бы к краниотомии.

Что же делать участковому врачу, в случаях, подобных нашему? Тяжело врачу, стоящему один-на-один перед роженицей, мучающейся в родах вследствие дистоклии. Обстановка — не клиника, не больница большого города. В лучшем случае роды происходят в скромной обстановке участковой больницы, в худшем — в избе. Инструментарий примитивный, ассистенции нет, может быть, нет у врача и достаточного акушерского опыта. И вот он призван помочь в случае, подобном изложенному. Высокие щипцы! Если вы и решитесь на эту серьезную операцию, то смотрите на нее как на операцию пробную. Будет ли в вашем распоряжении модель Tarnier, Breuss'a, Kjelland'a или Елкина, примените щипцы, если вы хорошо знакомы с техникой их наложения. Но не забудьте: в случае неуспеха после нескольких тракций не упорствуйте, снимите щипцы и сделайте краниотомию. Ваша совесть будет чиста, потому что, настаивая на извлечении плода щипцами, вы в лучшем случае извлечете его мертвым, в худшем нанесете матери повреждения, может быть тяжкие, может быть непоправимые.

Интерес случая. 24-летняя первороженница поступает в начале периода изгнания. Воды отошли до начала болей. Положение затылочное. Распознан общеравномерносуженный таз, 2-я степень. Первичная слабость родовых болей. Метрейриз дал временное усиление болей. На третьи сутки при головке, стоящей большим сегментом в тазовом входе, наступили признаки внутриутробной асфиксии плода. В интересах плода решено закончить роды. Наложены высокие щипцы. Щипцы Kjelland'a наложены в прямом размере таза, но без поворачивания передней ложки, путем странствования. Без усилия головка извлечена в полость таза, внутренний поворот совершился со щипцами. Извлечен плод в тяжелой асфиксии, оживлен. В последовом периоде — атоническое кровотечение, быстро доведшее родильницу до острой анемии. Ручное отделение последа. Борьба с острым малокровием. В послеродовом периоде легкий эндометрит.

Случай 106-й

К. Л. Ч., жена рабочего, 24 лет (№ приемного журнала 4184), поступила в клинику 14 декабря 1930 г., в 6 часов 15 мин. в родах.

Краткий анамнез: Ч. росла в рабочей семье последним ребенком, никогда крепким здоровьем не отличалась, перенесла в детстве несколько инфекционных болезней. Менstrуальные начала исчисляются с 15 лет, через 4 недели, по 3 дня. На 22-м году вышла замуж. Первые два года не беременела. Последние регулы были 28 февраля. Беременность протекала без особенностей, времени первых движений плода указать не может. Ходила в консультацию. Последний coitus за 2 недели до начала родов. 14 декабря в час ночи родовые боли, повторяющиеся через 30—20 мин. Ранним утром роженица отправилась в клинику, куда и поступила в 6 час. 15 мин.

При поступлении: перед нами женщина малого роста; телосложение правильное, ослабленного питания, блондинка. Т.—36,8°. Пульс 72. Впечатление общего недоразвития. Скелет без деформаций. Рост—136 см. Выражение лица детское. Грудные железы мало развиты. Волосистость в подкрыльцовых ямках и на лобке скудная. Живот увеличен соответственно доношенной беременности, формы „остроконечной“. Пигментация слабая. В нижней половине широкие неправильной формы розовые полосы беременности. Окружность живота 86 см. Высота дна матки от симфиза 36 см. Нижние конечности без отеков, мускулатура слабо развита.

В дне матки ягодичи плода. Мелкие части не прощупываются. Спинка слева, над входом в таз крупная, твердая головка, легко баллографирующая. Затылок слева, подбородок справа. При фиксации головки руками ко входу в таз явное выстояние ее над лонными костями. Сердечные тоны слева ниже пупка, ритмичны, 140 ударов в мин.

Размеры таза: dist. spin.—22 см; dist. crist.—25 см; dist. troch.—28 см; conj. ext.—16 см; conj. lat.—13,5 см. Окружность таза 78 см.

Ромб Михаелиса правильной формы, но уменьшенный: размер Litzmann'a—7 см, размер Tridondani—9 см.

Родовые схватки средней силы, через 15 мин., продолжительностью в 1 мин.

Каковы диагноз и прогноз?

1. Срочные роды у первородящей с общесуженным тазом юношеского типа. Головное положение плода, первая позиция. Идет период раскрытия. О прогнозе судить рано.

2. Прогноз по меньшей мере сомнительный. Несоответствие явное.

Уже один взгляд на роженицу внушает тревогу. Рост ее значительно ниже среднего — 136 см. А при росте 145 см и ниже нечего ожидать нормальных размеров таза. Все телосложение свидетельствует о значительном недоразвитии. Размеры таза с определенностью указывают на общее сужение его. „Измерение таза не должно быть у акушера главным опорным пунктом при диагностировании им того или иного случая“, — говорит *E. Martin*. И все же мы измеряем и будем измерять таз у каждой роженицы, как у крупной женщины, так и у маленькой, и мы не раскаемся в этом никогда. Разве в нашем случае данные наружной пельвиметрии не подтверждают наше предположение о „*pelvis justo minor?*“ Все размеры почти равномерны укорочены. Разница между размерами остей и гребней обычная — 3 см; форма ромба Михаелиса не изменена, нигде на скелете нет следов рахита. Мы не имеем никаких данных, говорящих за рахит. Таз несомненно общеравномерносуженный.

Взгляните на живот: он остроконечный, головка, как и следовало ожидать, не в малом тазу, она свободно подвижна, баллотирует в большом тазу. Пальпаторно она производит впечатление большой, мы ее прижимаем ко входу в таз, она в нем, повидимому, не вмещается: несоответствие несомненно. Таз не только „суженный“, он для данных родов несомненно „узкий“.

Мы берем вспомогательные размеры: боковая конъюгата — 13,5 см. Опыт нашей клиники (*И. Н. Лазовский*) с определенностью указывает, что при боковой конъюгате в 13,5 см следует ожидать в родах механическое препятствие. По *Körner's*, при нормальном тазе боковая конъюгата 14,5 см и выше. При боковой конъюгате в 12,5 см и ниже родоразрешение через родовые пути невозможно. При боковой конъюгате в 13—13,5 см наиболее трудно ставить предсказание. С другой стороны *И. Ф. Жордания* (1932) на основании своих исследований на живых и измерений скелетированных тазов не находит никакой зависимости между конъюгатой истинной и боковой и отрицает акушерское значение последней.

Окружность таза у нашей роженицы — 74 см.

Этот размер, конечно, сам по себе лишен большого акушерского значения, но, в совокупности с другими опознавательными данными, он может и должен быть принят во внимание. Измеряется окружность таза так: под крестец лежащей на спине роженицы подводится сантиметровая тесьма и обхватывает таз так, что с боков она проходит между гребешками подвздошных костей, а спереди ложится на верхний край симфиза. При нормальном тазе окружность его равняется 85 см. Было высказано предположение, что между величиной окружности таза и истинной конъюгатой существует известный параллелизм, что уменьшение окружности таза на 5 см соответствует укорочению истинной конъюгаты на 1 см, так что при окружности в 85 см — *vera* 11 см; при окружности в 80 см — *vera* 10 см; при окружности в 75 см — *vera* 9 см. Понятно, что такой точности быть не может и что подобные исчисления мало обоснованы, тем более, что в течение беременности у одной и той же женщины окружность таза может несколько изменяться вследствие отложения подкожного жира. Все же измеряя у всех беременных окружность таза, я подметил, что у хорошо сложенной женщины с нормальным тазом — таз имеет окружность в 85 см и выше (до 100), у женщин узкотазых же, в особенности при общесуженном тазе, окружность его неизменно уменьшена (80—75—74). У нашей роженицы окружность таза 74 см.

Можем ли мы на основании всех этих сообщений ставить prognosis родов?

1. Нет, исследование не полно. Надо измерить диагональную конъюгату.

2. Не исключена возможность, что придется делать кесарское сечение, а поэтому лучше воздержаться от вагинального исследования. Показано ректальное исследование для обследования тазовой полости.

Мы поставили диагноз узкого таза на основании наружного исследования роженицы, данных наружной пельвиметрии и изучения взаимного отношения головки и таза. Но мы не исследовали тазовой полости вовсе.

Проще всего было бы сделать тщательное вагинальное исследование и измерить единственный доступный измерению рукой внутренний размер — наклонную конъюгату. Тогда мы получили бы сведения о степени сужения таза. Выше я уже указал, что диагональная конъюгата в настоящее время несколько утратила свое доминирующее значение в диагностике узкого таза. Для нас теперь основное — не степень анатомического сужения костного таза, а степень несоответствия между тазом и головкой. Все же, где только можно, мы измеряем *diagonalis* и учитываем ее величину. Но для измерения ее необходимо исследование через влагалище. Вполне ли оно безопасно в таких случаях, как наш? Полагаю, что нет. Если бы мы были убеждены, что роды совершатся так или иначе через естественные родовые пути, мы бы смело приступили к вагинальному исследованию, соблюдая все необходимые меры асептики. Если же у нас нет уверенности в том, что нам не придется прибегнуть к родоразрешению через живот, то рациональнее будет воздержаться от вагинального исследования, потому что на больших цифрах установлено, что внутреннее исследование ухудшает прогноз кесарского сечения. В нашем случае мы далеко не убеждены в том, что не придется делать кесарского сечения, а потому заменим вагинальное исследование ректальным. Правда, мы не сможем измерить наклонной конъюгаты, но мы в такой же мере сумеем обследовать всю полость малого таза и получить впечатление о емкости ее и о ее размерах. Ведь лучший тазомер для внутренней пельвиметрии есть опытная рука врача.

Per gestum (8 час.): наружные половые части развиты правильно. Воды не истекают. Полость таза пустая. Шейка сглажена, зев открыт на 1 палец, края тонкие, пузырь цел, напрягается. Высоко над входом в таз предлежит крупная головка. Крестец не деформирован, близок, мыс очень легко достигается пальцем. Боковые стенки таза ближе обычного, пальцем легко удаётся обвести пограничную линию. Мы просим помощника вдавить головку снаружи в тазовой вход по Peter Müller'у. Головка в таз не опускается.

Теперь у нас еще больше данных для прогностики.

Какой же план ведения родов построить?

1. Вполне сознавая наличие несоответствия между тазом и головкой, следует вести роды консервативно, рассчитывая на родовые силы и конфигурабельность головки. Показаний к кесарскому сечению нет.

2. Несоответствие столь велико, что вряд ли можно рассчитывать на благополучный исход родов при консервативном их ведении. Надо решиться на кесарское сечение, испросив на то согласие роженицы.

Показано или нет кесарское сечение? Как часто врач-акушер стоит перед этим вопросом! И как трудно бывает подчас найти на него правильный ответ! Не подлежит сомнению, что в настоящее время в период „хирургической эры“ в акушерстве, кесарское сечение при узком тазе производится слишком часто. Операция, еще в недавнее время дававшая большую смертность, теперь действительно мало опасна. Врачи склонны к ней прибегать чаще, чем прежде, роженицы уже не питают к ней панического ужаса. И все же мы должны бороться с увлечением кесарским сечением. И недаром VIII Всесоюзный съезд акушеров и гинекологов поднял свой авторитетный голос против этого увлечения (см. предыдущую беседу).

В вопросе о показаниях к брюшностеночному кесарскому сечению при узком тазе и по настоящее время существуют разногласия между авторами. Обычно различают абсолютные показания и относительные. Абсолютные показания имеются в случаях, где родоразрешение доношенным плодом через естественные родовые пути совершенно невозможно. Понятно, что это бывает при крайних степенях сужения таза, т. е. при абсолютных сужениях таза. Одни авторы считают верхней границей абсолютного сужения истинную конъюгату 6 см (напр. Schröder, Leopold, Schauta и др.), другие — выше (*Baudelocque* 6,7 см), многие ниже — 5,5 см (*Bumm*, *Феноменов*), 5,0 см (*Fritsch*), даже 4 см (*Spiegelberg*). Клиника Отта считает таз абсолютно суженным, если *conj. vera* равна 6 см и меньше при плоском тазе и 6,5 см и меньше при тазе общесуженном (*А. Ф. Пальмов*). Не подлежит сомнению, что эти разногласия имеют мало практического значения, потому что крайние степени сужения таза встречаются очень редко,

потому что определить величину истинной конъюгаты с точностью до нескольких мм дело очень трудное и, главное, потому, что в каждом отдельном случае важна не абсолютная величина истинной конъюгаты, а взаимоотношение между размерами тазового входа и размерами головки. В этом случае как правильно говорит *Пальмов* „верхняя граница абсолютного сужения есть понятие условное, зависящее от индивидуальности случая“. Тот же тазовой вход будет для одного плода абсолютно, для другого лишь относительно суженным. А потому „в практической деятельности врач не должен цепляться слепо за догму“ (*Малиновский* и *Кушнир*). Культивируя тщательную пельвиметрию, он должен в каждом отдельном случае учитывать все родовые факторы и он сможет устанавливать абсолютные показания к кесарскому сечению независимо от того, будет ли истинная конъюгата 5,6 или 7 см.

Если при крайних степенях сужения таза вопрос о показаниях к родоразрешению через живот решается легко, то при менее сильных сужениях решение этого вопроса встречает большие трудности. Недаром *М. Г. Сердюков* называл узкий таз зыбким местом среди показаний к кесарскому сечению. И тут не следует ставить показание, руководствуясь только величиной *vera*. Тут надо учесть анатомические размеры таза, форму сужения, величину, плотность головки, предлежание ее, эффективность родовой деятельности; очень важны конституция роженицы и ее общее состояние, у повторнородящих — акушерский анамнез. Врач должен дать не только полную анатомическую, но и функциональную оценку таза. К этому вопросу мы еще вернемся впоследствии. Пока же укажем, что по мере усовершенствования техники кесарского сечения и хирургической асептики, по мере снижения смертности матерей после этой столь жуткой в недавнем прошлом операции — относительные показания к ней стали расширяться. Кесарское сечение с успехом конкурирует с тазорасширяющими операциями, оно вытеснило искусственные преждевременные роды и профилактический поворот, оно поставило на место высокие щипцы, оно почти вытеснило перфорацию живого плода. И несмотря на повсеместное торжество кесарского сечения, все же мы должны твердо помнить, что эта операция — вмешательство опасное, что она имеет свою смертельность, колеблющуюся от 1 до 22%, что мы ни в коем случае не должны видеть в кесарском сечении простое решение проблемы терапии родов при узком тазе, что кесарское сечение при самом благоприятном исходе оставляет в органах женщины непоправимые следы в виде рубцов в стенке матки, нередко сращения ее с брюшными органами, что плодовитость женщины после операции несомненно остается пониженной.

Раньше чем решиться на кесарское сечение, врач должен себя спросить, даны ли все условия к производству его?

К условиям принадлежит отсутствие инфекции. Установить таковое не легко. Если роженица с нормальной температурой, с нормальными выделениями, не исследована через влагалище и воды целы, мы вправе ее считать неинфицированной. Такие благоприятные условия встречаются не часто. В конкретном случае или прошли воды, или роженица была уже исследована в самой клинике (больнице) или даже вне ее. Попытки к родоразрешению исключают кесарское сечение. Надо помнить, что самую частую причину смерти после кесарского сечения является инфекция. „Чем больше прошло времени от начала родов, или, вернее, после отхода вод, а также, чем больше произведено внутренних исследований, тем результаты будут сомнительнее“ (*Пальмов*). *Veit* в этом отношении идет так далеко, что допускает производство кесарского сечения лишь в тех случаях, где не было внутреннего исследования в течение последних трех недель. Это, конечно, крайность. Лично я не делаю кесарского, если роженица исследована кем-либо до поступления в больницу, и лишь в исключительных случаях решаюсь на операцию, если она исследована вагинально в самом учреждении. Лучше всего оперировать при целом пузыре; все же нередко приходится решаться на операцию спустя 6—10—12 час. после отхождения вод. Самый длительный безводный промежуток, после которого мне пришлось делать кесарское сечение — был 28 час. Вагинальное исследование, хотя бы однократное, после отхождения вод лично для меня служит абсолютным противопоказанием к операции.

Следующим условием является живой плод. Если при эклампсии, при предлежании последа или преждевременном отделении детского места приходится для спасения жизни матерей делать кесарское сечение при заведомо мертвом плоде, то при узком тазе жизнь плода есть непременно условие. Ведь операция предпринимается в интересах плода, или же в интересах плода и матери вместе. Трудно решить вопрос об операции, при явлениях внутриутробной асфиксии плода! Успеет ли извлечь плод живым путем кесарского сечения или получим его мертвым? В последнем случае операция окажется бессмысленной. Одни авторы советуют оперировать только тогда, когда нет никаких признаков асфиксии, другие оперируют именно при первых проявлениях асфиксии. Прогноз для ребенка, конечно, лучше, когда он еще не пострадал от асфиксии; симптомы ее нас должны побудить поспешить с операцией; при аритмичных агональных сердечных тонах плода мы воздержимся от операции. Исключение из общего правила представляют те случаи абсолютного сужения таза, когда извлечение даже уменьшенного в объеме плода невозможно через естественные родовые пути. Тут кесарское сечение допустимо при заведомо погибшем плоде.

К условиям принадлежит соответствующая асептическая обстановка, асистенция, освещение и пр. Наконец, важным условием является согласие матери. Нужно роженице объяснить необходимость кесарского сечения для спасения жизни плода, и мать, желающая иметь ребенка, охотно даст свое согласие на операцию. Кесарское сечение без согласия роженицы допустимо лишь в случаях тяжелой эклампсии, когда у больной, находящейся в коматозном состоянии, не может быть испрошено это согласие. При узком тазе оно обязательно.

И вот, в начале родов при узком тазе при наличии всех необходимых условий к кесарскому сечению, врач-акушер, имея перед собой „относительные показания“, стоит перед вопросом, какой план родов построить? Итти ли на консервативное ведение родов с тем, чтобы в дальнейшем произвести, в случае надобности, кесарское сечение, или же сразу, в начале родов или даже до начала родовой деятельности решиться на родоразрешение через живот? Если оценка всех особенностей случая приводит к заключению, что есть шансы на родоразрешение через естественные родовые пути, то роды следует вести вначале консервативно и в дальнейшем, выявив функциональную недостаточность таза, решиться на кесарское сечение. В случаях, когда уже вначале родов опытная рука врача предвидит непреодолимые препятствия к родоразрешению, он сразу предложит родоразрешение через живот. Вот в этой то прогностике, основанной на тщательной оценке всех доступных учету факторов, и лежит вся трудность постановки „относительных показаний“.

Возьмем наш случай. Существуют ли „абсолютные показания“ к кесарскому сечению? Конечно, нет, потому что сужение таза не абсолютное.

Есть ли „относительные показания“ к кесарскому? Повидимому, да. Мы их ставим по совокупности отдельных моментов: тут и общее недоразвитие, малый рост, данные наружного исследования (высокое стояние головки, величина и твердость ее, признак Henkel—Вастена), данные пельвиметрии (copj. externa, lateralis, Tridondani, окружность таза), данные ректального исследования (прием Peter Müller'a с контролем per rectum). Все это вместе взятое убеждает нас в том, что таз нашей роженицы не только „сужен“, но и „узкий“, что несоответствие между тазом и головкой явное, что в родах предстоят большие трудности, может быть „чрезмерные“. Относительные показания на лицо.

А условия?

Наша роженица, повидимому, свободна от инфекции. Выделения на вид не отличаются от нормальных, температура нормальна. Воды целы. Ни в консультации во время беременности, ни при приеме в клинику вагинального исследования не было, плод жив. На поставленный роженице вопрос о согласии ее на брюшинностеночную операцию, она заявила, что требует живого ребенка и согласна на любую операцию.

Когда же оперировать?

1. Родовой акт в самом начале. Желательно выждать и оперировать, когда окончательно выявится функциональная недостаточность таза.

2. Несоответствие достаточно ясное. Нечего ждать. Кесарское сечение показано в начале периода раскрытия.

Вопрос о времени производства кесарского сечения — вопрос немаловажный. Если кесарское сечение производится по жизненным показаниям (для матери — эклампсия, предлежание последа, преждевременное отделение детского места, для плода — выпадение пуповины), то вопрос о времени производства операции отпадает: врач приступает к операции в момент наступления опасности для жизни матери или плода, независимо от срока беременности или периода родов. Другое дело — при узком тазе. При крайних степенях сужения таза, когда кесарское сечение абсолютно показано, вопрос сводится к тому, выждать ли начала родовой деятельности или оперировать в последние дни беременности. Большинство авторов склоняется к тому, что рациональнее оперировать после наступления родовых схваток, в начале периода раскрытия, потому что в таком случае матка лучше сокращается после ее опорожнения, кровопотеря значительно меньше, сток лохий обеспечен раскрытым, хотя бы немного, шейным каналом. С другой стороны, такой авторитет, как *Winter*, говорит, что „кесарское сечение не связано ни с наличием схваток, ни с открытием зева“.

При менее значительных сужениях таза, при „относительных показаниях“ вопрос будет стоять в зависимости от плана ведения родов. Если показания ставятся уже в периоде раскрытия, как в нашем случае, то кесарское сечение производится в первом периоде родов при целых водах, при любом открытии зева. Если же роды ведутся вначале консервативно и показания к кесарскому ставятся лишь в периоде изгнания, после длительного наблюдения за ходом родов, то выбор времени для операции — дело не легкое. Когда наблюдение в течение 8—10, максимум 12 час. выяснит, что головка, несмотря на удовлетворительную родовую деятельность, не опустилась в полость малого таза, то дальнейшее выжидание нерационально. Чем дольше безводный промежуток, тем больше шансов на восходящую инфекцию, тем больше травматизация мягких частей родового канала, тем больше поводов для асфиксии плода и травматизации его головки, тем хуже, таким образом, предсказание как для матери, так и для плода. Легко упустить время для производства кесарского сечения: повышение температуры, учащение пульса, появление зноба или гнойных выделений указывают, что поздно делать операцию, что время упущено.

Предшествовавшие попытки к родоразрешению очень сильно ухудшают прогноз операции. Предложение некоторых авторов — раньше чем приступать к кесарскому сечению, наложить „пробные“ высокие щипцы, — следует решительно отклонить. По моему мнению, в случаях, где была сделана попытка к родоразрешающей операции, кесарское сечение исключается. Изложенные соображения подтверждаются статистикой. По данным *Holland'a* и *Eardly* (цит. по *Черткову*), разработавшим 3374 случая кесарского сечения, смертность матерей 1,6%; если операция производилась до начала схваток, 1,8% — при операциях, произведенных в первые 6 часов родовой деятельности; при более поздних операциях смертность доходит до 10,7%. Операции, произведенные после попыток наложения щипцов, дают наивысшую смертность — 27%. По статистике *Routh'a* (1910) из 469 оперированных при целом пузыре умерли 2,9%, а при отошедших водах на 166 случаев умерли 10,8%. Русская статистика *Пономарева* указывает, что операции, произведенные при целом пузыре (439), дают смертность в 5,4% (редуцированная — 2%); 298 случаев операций при отошедших водах дают 22% смертности.

В нашем случае несоответствие между тазом и головкой настолько явно, что мы склонны отказаться от выжидательного ведения родов и приступить к кесарскому сечению сейчас же, т. е. в начале периода раскрытия. На основании изложенного мы признаем момент для операции весьма благоприятным в смысле прогноза.

Итак, мы решились на брюшностеночное кесарское сечение.

Который из методов кесарского сечения следует применить?

1. Проще всего сделать классическое кесарское сечение.
2. Следует предпочесть шейное ретроперитонеальное, как дающее лучшие результаты.

Если прежде акушерство знало только один вид кесарского — рассечение матки по передней стенке ее тела (классическое кесарское сечение), то в на-

стоящее время существует целый ряд методов, которые можно сгруппировать так: 1) корпоральные сечения, 2) цервикальные (интра- или трансперитонеальные), 3) цервикальные экстаперитонеальные и 4) операция Рого.

Внебрюшинные методы (по *Latzko*, по *Döderlein*'у) также как операция Рого, связанная с ампутацией или экстирпацией матки, имеют свои особые показания и в данном случае нас не интересуют. При узком тазе в чистых случаях конкурируют друг с другом, с одной стороны, корпоральные методы (классическое кесарское и его модификации — метод *Polano*, *Fritsch*'а) и шеечные, первичальные (*Krönig*, *Henkel*, *Opitz*, *Brindeau*, *Franz* и др.).

Если бы классическое кесарское сечение удовлетворяло требованиям, предъявляемым к операции, как в смысле безопасности самого вмешательства, так и в смысле отдельных последствий, вероятно, научная мысль и не искала бы новых методов, новой техники. Но сравнительно высокая смертность, несмотря на доведенную до должной высоты асептику, частота осложнений, стоящих в связи с обширным сообщением краев маточной раны с брюшной полостью и легкостью инфекции раны лохиями, последующие сращения матки с париетальной брюшиной, кишечником, сальником, наличие рубца в активном отделе матки, дающее предрасположение к разрыву матки при следующих родах — все это побудило перенести разрез матки в нижний ее отдел, в область пассивного отдела матки, в малый таз.

Меньшее кровонаполнение, притока заживания тонких раневых краев, лучшие условия заживления в этом менее подвижном по сравнению с телом матки отделе ее, полная возможность исключить маточную рану из брюшной полости путем перитонизации ее везио-париетальным лоскутом, меньшая опасность разрыва по рубцу при последующих родах (*Winter*) — все это заставляет дать предпочтение кесарскому сечению в шеечном отделе матки. И как показывают многочисленные статистики метода низкого шеечного кесарского дают лучшие результаты, как первичные, так и отдаленные (*Wettwald*, *Stöckel*, *Korthauer*, *Brindeau*, *Черкасов*, *Гусаков*). Это преимущество „низкого интраперитонеального ретроэвизикального кесарского сечения“ было отмечено и на VIII Всесоюзном съезде в Киеве как в докладе *Илькевича*, *Леви* и *Селицкого*, в докладе *Л. А. Гусаова*, так и в заключительном слове проф. *Соловьева*. Горячо рекомендует заменить корпоральное кесарское во всех случаях трансперитонеально-шеечным и *В. П. Черкасов*. „Хирургичность метода, простота выполнения, наименьшая возможность септических осложнений со стороны брюшины, позволяющая оперировать даже в случаях несомненно инфицированных, незначительность кровотечения из шеечного разреза, полная изоляция маточного шва от брюшины, прекрасная выносливость послеоперационного рубца и, наконец, максимальная гарантия для жизни матери и ребенка — вот те качества этого метода, каких не имеет сейчас ни одна другая родоразрешающая операция“ (*Черкасов*). 51 случай автора не дал ни одной материнской смерти в зависимости от самой операции. Она женщина погибла внезапно от хлороформа через 15 минут после начала хлороформирования. 50 детей родились живыми и только один ребенок родился в глубокой асфиксии и не был оживлен. *Гусаков* представил съезду материал из 36 случаев. Все матери выписались здоровыми, из детей 1 ребенок родился в асфиксии и не оживлен.

Действительно, новый метод кесарского сечения почти повсеместно вытесняет классический метод. *Lichtenstein* говорит, что корпоральное кесарское сечение должно быть совершенно замещено шеечно-трансперитонеальным. В учебнике *Zangemeister*'а (1927) в главе „Кесарское сечение“ описывается интраперитонеально-шеечный метод как типический метод операции, все же остальные методы, в том числе и корпоральный, приводятся в отдельной главе, под заглавием: „Отступление от обычной техники кесарского сечения“ (цит. по *Черкасову*).

Как видно из доклада приват-доцента *Г. М. Шполянского* (Киевский съезд) нашей клинике за 4 1/3 года (1924—1928) всего произведено 70 кесарских сечений, из них классических—48, цервикальных—22. В своих выводах *Шполянский* критически оценивает оба метода: „Недостатками классического кесарского сечения считаем: а) опасность инфекции (перитонит), б) разрывы

матки по рубцу при последующих родах, с) многочисленные перитонеальные сращения, ведущие иногда к непроходимости (плохая инволюция матки в послеродовом периоде). К достоинствам относятся простота и скорость операции (около 20 минут). Преимущества цервикального разреза: а) меньше шансов на инфекцию, б) меньше опасности разрыва при последующих родах, с) реже сращения и, если бывают, то не столь обширные и только между шейкой и передней брюшной стенкой, д) кишечник не вовлекается в операционное поле, операционное поле изолировано от сообщения с остальной брюшной полостью, что уменьшает опасность шока, е) техника несложна и удлинит операцию на 5—10 минут“

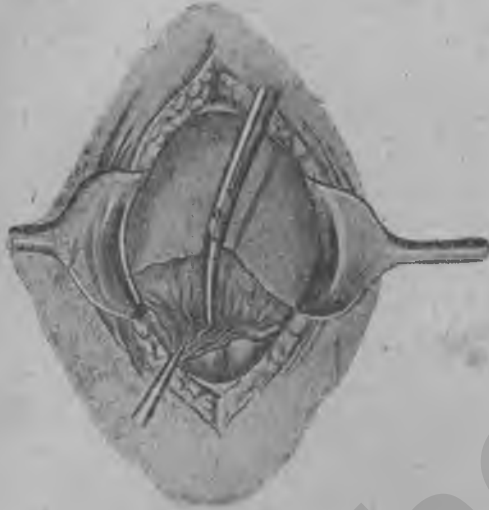


Рис. 279. Интраперитонеальное шейечное кесарское сечение. Мочевой пузырь отодвигается книзу.

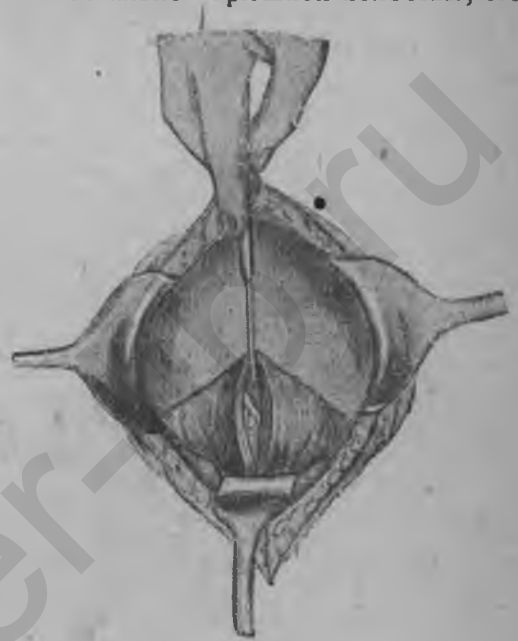


Рис. 280. Шейка и isthmus вскрываются по средней линии.

В настоящее время в нашей клинике в случаях кесарского сечения, как правило, производится интраперитонеальный цервикальный метод по Krönig'у. Исключением является предлежание последа, при котором мы принципиально применяем классический метод, некоторые случаи повторного кесарского сечения, случаи, где надо оперировать очень быстро, как напр. тяжелый туберкулез легких, или в случаях выпадения пуповины и, конечно, операции на мертвой. Во всех же остальных случаях, а их большинство (узкий таз, эклампсия), мы применяем интраперитонеальное цервикальное сечение, независимо от периода родов.

После изложенного спросим себя, какой же метод мы применим в нашем случае? Конечно, интраперитонеальное цервикальное (ретровезикальное) кесарское сечение. Какова же техника операции?

Если вы посмотрите ряд руководств, то убедитесь, что существует несколько модификаций этой операции, которые здесь нет надобности перечислять. Роженица лежит горизонтально или в положении Trendelenburg'a. Вскрывают брюшную полость продольным разрезом, идущим от пупка до лобка или же поперечным (по Pfannenstiel'ю). В рану вставляется нижний отдел передней поверхности матки, покрытый серозой, внизу видны переходная складка брюшины и мочевой пузырь, легко определяемый в виде выступающего валика, рыхло покрытый брюшиной. Тут нужно помнить, что в родах мочевой пузырь расположен значительно выше, чем в небеременном состоянии. В нижний угол раны вводится брюшное зеркало или тупой крючок (или же двумя тупыми крючками или подъемником раздвигаются боковые края брюшной раны). Свободная брюшная полость отгораживается введением салфеток между маткой и передней брюшной стенкой. Немного выше переходной складки надсекается висце-

ральная брюшина на границе между плотным и рыхлым периметрием и отсюда ведется поперечный, несколько дугообразный разрез брюшины в обе стороны. Затем мочевого пузыря вместе с покрывающей его брюшиной тупо отодвигается книзу (причем обнажается значительная поверхность миометрия в пределах *isthmus* и шейки (рис. 279) и оттягивается подъемником к симфизу. Уместно и верхний край серозы (периметрий) несколько отсепаровать кверху от *isthmus*'а матки. После этого стенка матки рассекается скальпелем по средней линии (рис. 280). Разрез ведется очень осторожно и отдельными поверхностными цугами во избежание ранения плода. Этот разрез должен быть достаточной длины для извлечения плода (10—12 см), иначе при последующем извлечении головки маточная рана разрывается выше, что ведет к неблагоприятным условиям заживления. Разрез захватывает часть шейки матки и *isthmus* ее и лежит частью ретровезикально, частью выше места соприкосновения пузыря к матке. В глубине раны видны оболочки и, обычно, головка плода. Оболочки

и, обычно, головка плода. Оболочки



Рис. 281. Выведение головки при помощи щипцов.



Рис. 282. Пузырь ложится на зашитую рану матки.

разрываются. Головка вводится обычно рукою, вводимую между нею и симфизом. *Krönig* рекомендует вводить руку в нижний сегмент матки, найти рот плода и повернуть головку так, чтобы личико смотрело кпереди в ранку. Тут, во избежание затекания вод в рот плода, помощник удаляет их компрессами. По *Krönig*'у, вслед за этим помощник фиксирует головку в таком положении введением пальца в рот, а оператор накладывает щипцы на головку таким образом, чтобы верхушки ложек были обращены к затылку, т. е. тазовой кривизной к симфизу (рис. 281). Осторожными тракциями извлекается головка, за ней и туловище. Лично мне не приходилось накладывать щипцы при кесарском сечении, всегда удавалось вывести головку рукой при одновременном надавливании на дно матки снаружи. Некоторыми авторами предложено, вместо щипцов, применять особые инструменты: *Küster*—особые щипцы, *Sellheim*—рычаг, *Hinderfeld-Gümmert*—шпатель. *Winter* считает этот инструмент лишний; в крайнем случае он рекомендует сделать поворот на ножку с последующим извлечением.

При выведении головки оператор должен помнить старое правило: „поспешай, не спеша“. По извлечении плода удаляют послед или путем ручного его отделения или же лучше выжимают его по *Credé* при легком потягивании за пуповину. Раньше чем приступить к зашиванию маточной раны, следует ее осмотреть на всем протяжении. Для этого можно или подтянуть ее введен-

ным в верхний угол раны пальцем или наложенными на ее края пулевыми, а также наложением на верхний и нижний углы раны по узловатому шву. Если где-либо сильно кровоточит сосуд, его тут же обкалывают. Зашивание матки в нижнем ее отделе проще, потому что миометрий тут тоньше. Обычно миометрий зашивают двумя этажами швов (*Груздей* — одним непрерывным кэтгутовым швом). Первый слой состоит из ряда узловатых кэтгутовых швов, захватывающих мышечный слой без слизистой. Поверх него накладывается непрерывный кэтгутовый (более тонкий) шов, причем вкол и выкол делаются несколько отступая от мышц разреза в промежутках между узлами первого этажа. Затем пузырь с его брюшиной выпускается из-под брюшного зеркала (везико-париетальный лоскут). Если операция производится в положении Trendelenburg'a, то стол в это время выпрямляется. Пузырь ложится на зашитую рану матки и брюшина его непрерывным кэтгутовым швом пришивается к брюшине матки, чем восстанавливается пузырно-маточная складка (рис. 282). *Brindeau* перитонизирует маточную рану в 2 слоя. После зашивания матки верхний лоскут подтягивают насколько возможно книзу и пришивают; поверх него пришивают нижний лоскут, везико-париетальный. В заключение обсушивают полость таза, удаляют компрессы, извлекают брюшное зеркало и послойно зашивают брюшную рану.

Техника операции несложна; все же она сложнее техники классического метода и требует опыта. Проще методика *Franz'a*, при которой не требуется отслойки пузыря. И тут разрез ведется от пупка до лобка. Матка и тут не выводится, ставится в срединное положение для того, чтобы разрез ее пришелся по средней линии. Разрез ведется от переходной складки вверх на 10—12 см. Если роды вначале, то большая часть разреза пройдет по телу матки; в периоде изгнания он весь умещается на растянутом нижнем сегменте. Плод извлекается щипцами или рукой. Узким брюшным зеркалом, введенным в верхний угол маточной раны, матка подтягивается кверху, рана прижимается к брюшной стенке, вследствие чего содержимое матки не затекает в брюшную полость. По удалении последа маточная рана зашивается в три этажа. Осушкой полости таза и послойным зашиванием брюшных стенок заканчивается операция. Отсепаровку мочевого пузыря *Franz* считает ненужной и осложняющей операцию. Метод *Franz'a* у нас в Союзе распространения не получил. Большая часть акушеров считает методом выбора интраперитонеальное шеечное (ретровезикальное) кесарское сечение, прототипом которого является метод *König'a*.

Операционная подготовлена. Роженица лежит на операционном столе. Дан наркоз ($\text{СНС}_2 + \text{эфир}$), выпущена моча. После обычного обеззараживания живота оператор при 2-х ассистентах приступил к операции (9 час.). Разрез по средней линии живота от пупка до лобка; послойно вскрыта брюшная полость, введено брюшное зеркало. Виден нижний сегмент матки, переходная складка, внизу пустой пузырь. Введены 2 ограничивающих компресса. По средней линии пинцетом приподнята брюшина несколько выше переходной складки и надсечена. Тупая бранша ножниц введена в это окошко, несколькими ударами ножниц брюшина рассечена вправо и влево дугообразно в направлении круглой связки. Везико-париетальный лоскут захвачен пинцем. Пузырь тупо отсепарован книзу, подведен под зеркало и отстранен книзу. Верхний край брюшины несколько отсепарован тупо кверху. Обнажены миометрий нижнего сегмента и шейка. Скальпелем по средней линии осторожно рассечена стенка матки на протяжении 12 см. Видно плодное яйцо, в нем предлежащая головка. Оболочки прорваны, вытекли скудные чистые околоплодные воды.

Правой рукой выдвинуто в полость матки между головкой и симфизмом. С помощью давления на дно матки сверху головка вывернута из маточного разреза. Плод извлечен за головку, сразу закричал. Выждано несколько минут, во время которых помощник препятствовал затеканию крови и вод в брюшную полость. Пуповина, по наложению зажимов, перерезана. Младенец передан акушерке. Кровотечение из матки незначительное. В стенку матки впрыснуто 2 см³ эрготина. Влечением за пуповину при одновременном выжимании сверху послед удален. Матка сократилась. Полость матки вытерта спиртом. Приступлено к наложению швов на захваченный двумя парами пулевых разрезов матки: узловатый кэтгутовый шов на верхний угол раны, такой же на нижний угол. За лигатуры рана поднята. Ряд узловатых между ними через миометрий, не прокалывая слизистую. Нитки срезаны. Поверх первого этажа непрерывный кэтгутовый шов на миометрий (вкол и выкол несколько отступая от линии разреза — между узловатыми). Нитки срезаны. Выпушен из-под зеркала пузырь с его брюшиной, положен на место. Тонким непрерывным швом восстановлена переходная складка, причем вколы и выколы серо-серозно так, чтобы края серозы завернулись внутрь. Линия разреза вытерта ригидолом. Извлечены компрессы. Осушена полость таза, извлечено зеркало. Непрерывный кэтгутовый шов на париетальную брюшину, три узловатых шва на мышцы, непрерывный шов на апоневроз, три нитяных шва и серфины на кожу. Коллоидная повязка. Продолжительность операции 23 мин.

Больная перенесла операцию хорошо. Пульс 96, удовлетворительный. Переведена в палату. Назначены наблюдения за больной, лед на живот, камфора по пульсу, к вечеру эрготин под кожу, пантопон при болях, при задержке мочеиспускания — катетеризация.

Плод женского пола, весом 3200 г, длиной 50 см.

15 декабря. Общее состояние, лицо спокойное, мочилась сама. Рвоты не было. Т. 37,4°. Пульс 100, ровный. Живот не вздут. Дно матки на уровне пупка. Выделения кровянисты, умеренные. Назначена молочная диета.

16 декабря. отошли газы. Анализ мочи — N.

В дальнейшем послеоперационный период без осложнений. Максимальная температура—37,8°.

22 декабря. Сняты швы — первичное натяжение.

24 декабря. Родильнице разрешено сесть.

27 декабря. Больная встала.

28 декабря. Выписалась домой с ребенком.

Какое напутствие мы дали родильнице?

Мы ей разъяснили, что родоразрешение через живот предпринято как единственный способ получения живого ребенка; мы ей рекомендовали воздерживаться от физического труда и носить брюшной бандаж в течение 2 месяцев; мы ее предупредили, что в случае наступления следующей беременности она должна быть под наблюдением консультации, а в день родов должна поступить в родильное учреждение, отнюдь не соглашаясь рожать дома.

Роды проведены в клинике, методом выбора признано интраперитонеальное шеечное кесарское сечение. Если бы роженица поступила в ведение врача, не владеющего техникой этой операции, как надлежало бы ему поступить? Врач так же, как и мы, взвесив все особенности случая, сделал бы корпоральное кесарское сечение (классическое) и, вероятно, с тем же благоприятным исходом для матери и плода. Если же роды проводились в обстановке, исключавшей производство полостной операции, они поневоле велись бы выжидательно. Не исключена возможность, что после очень продолжительной родовой деятельности все же наступила бы конфигурация головки; она вступила бы в полость таза, и родоразрешение завершилось бы самопроизвольно живым или мертвым младенцем. Все же вероятие такого исхода очень невелико.

Более вероятно, что наступила бы вторичная слабость родовых болей, появились бы признаки внутриутробной асфиксии плода, может быть повышение температуры, и врачу после безуспешного наложения пробных щипцов пришлось бы перфорировать отмирающий или уже погибший плод и извлечь его краниокластом. При таком исходе по тем или иным причинам совесть врача, лишенного возможности произвести кесарское сечение, чиста; он в пределах возможного сделал все, что мог, и заслуга его будет в том, что он, во время родоразрешив роженицу, хотя бы мертвым плодом, предохранил ее от тягчайших осложнений родов, а может быть и от гибели в родах. И дальнейшая его благодарная роль в том, что он ей разъяснит, что она в случае наступления второй беременности не должна рожать в обстановке, недопускающей производства полостной операции, и что при следующих родах ей необходимо рожать с помощью операции.

Интерес случая: 24-летняя первородящая поступает в роды. Диагностируются срочные роды при затылочном положении плода и общеравномерносуженный таз. Детальное исследование обнаруживает значительное несоответствие между тазом и головкой, ставятся относительные показания к брюшнотазовому кесарскому сечению. Условия к нему даны. Решено оперировать немедленно, в периоде раскрытия. Методом выбора признается трансперитонеальное шеечное ретроперитонеальное кесарское сечение по Kröning'у, каковая операция и производится с благоприятным исходом для матери и для ребенка.

Случай 107-й

П. П. И., 34 лет, безработная (№ приемного журнала 9889), поступила в клинику 28 августа 1927 г. в 12 час. 45 мин. для родоразрешения.

Краткий анамнез: И. росла в бедной крестьянской семье, о каких-либо болезнях детства своего ничего сказать не может, рано начала работать, помогая родителям в полевых и огородных работах. Месячные начала носить с 15 лет, через месяц, по 3—4 дня. Замуж вышла 24 лет. Тип месячных после замужества не изменился. Женскими болезнями не хворала. Брак был долгое время бесплодным. Настоящая беременность первая. Пациентка не может указать ни срока последней менструации, ни времени появления первых движений плода. В консультацию не ходила. Срок ли ей рожать — не знает. В день поступления утром работала по хозяйству. В 13 час. почувство-

вала отхождение вод в значительном количестве. Победая, отправилась в клинику, куда и поступила в 15 час. 45 мин.

При поступлении: женщина правильного телосложения, умеренного питания. Рост 155 см. В костях никаких деформаций. Шатенка. Т. 36,9. Пульс 80, ровный, удовлетворительный. Грудные железы развиты слабо, резкая пигментация сосков и околососковых кружков. Живот выпячен беременной маткой, овоидной формы, умеренные полосы беременности, резкая пигментация средней линии от лона до меча. Пупок мало выпячен. Дно матки на 3 поперечных пальца ниже мечевидного отростка. Высота дна матки над лоном 33 см, наибольшая окружность живота 92 см. В дне матки определяются ягодица, спинка справа, предлежит головка, подвижная, целиком над входом в таз, производит впечатление небольшой. Сердечные тоны справа ниже пупка.

Размеры таза: dist. spin. — 27,5 см; dist. crist. — 28,5 см; dist. troch. — 30 см; conj. ext. — 17 см; conj. later. — 13,5 см. Окружность таза 80 см.

Нижние конечности без изменения. Понемногу отходят воды.

Родовая деятельность очень слабая.

Каков предварительный диагноз?

1. Срочные роды у пожилой первородящей с узким тазом. 2-е головное положение. Преждевременное отхождение вод.

2. Срочные ли роды — мы не знаем. Положение плода правильное. Таз плоский. Несоответствия нет или оно небольшое. Первичная слабость родовых болей.

Анамнез не позволяет судить о срочности родов. Размеры живота и объем головки заставляют нас предполагать некоторую недоношенность. Положение плода продольное, головное. Головка подвижна над входом или потому, что роды преждевременные или потому, что таз узкий. Пельвиметрия указывает на укорочение наружной и боковой конъюгаты, при обычных остальных размерах. И хотя мы не придаем наружным размерам решающего значения, все же ценим эти данные, как ориентировочные, они нам служат „сигналом предостережения“. Таз сужен в пердн.-задних размерах, таз повидимому, плоский. В предыдущих беседах мы встречали общеравномерносуженные тазы, тут впервые мы видим таз неравномерносуженный, таз плоский. Прежде чем перейти к детальному обследованию таза нашей роженицы, остановимся на вопросе, что такое плоский таз?

Плоскими называются тазы, в которых в силу приближения крестца к симфизу уменьшены прямые размеры на ту или иную величину, при нормальных остальных размерах тазовой полости. Эта аномалия таза известна уже давно. Акушеры обращали внимание на смещение крестцовой кости кпереди, на выступающие мысы и отмечали зловещее значение этого явления. По мнению наших акушерских праотцев, эта аномальная форма таза была связана с английской болезнью, рахитом. Но уже *Deventer* описал плоский таз без всяких признаков рахитических изменений, *Betscher* (1834) стал различать простой плоский таз от рахитически плоского таза. Этот простой плоский таз подробно описан в дальнейшем *Michaelis'*ом и *Litzmann'*ом и с тех пор известен в акушерстве под названием *pelvis plana Deventeri* в отличие от *pelvis plana rhachitica*.

У нашей роженицы мы ни в анамнезе, ни в данных объективного исследования не находим указаний на рахит, а поэтому предполагаем у нее наличие простого плоского таза. В чем же его особенности? Основной отличительной чертой этого таза является ненормальное смещение крестца кпереди и книзу между подвздошными костями без одновременной ротации его вокруг его горизонтальной оси и без усиленного наклона его передней поверхности в сторону тазовой полости: крестец целиком (*in toto*) приближен к передней стенке таза. Вследствие этого прямые размеры всех плоскостей тазовой полости укорочены, особенно же истинная конъюгата (рис. 283). Поперечные и косые размеры сохраняют свои нормальные величины, подчас даже удлинены. Крестец в общем сохраняет свою правильную форму, его продольная и поперечная кривизны сохранены; правда, он обычно несколько укорочен и сужен. Угол между его передней поверхностью и истинной конъюгатой меньше, угол между ним и последним поясничным позвонком больше нормы. Остальные кости, имея нормальное строение, все же несколько уменьшены. *Litzmann*, *Breuss* и *Kolisko* отмечают уменьшенные размеры передних дуг костного кольца (*pars iliaca*). Все тазовое кольцо проявляет увеличенное поперечное напряжение. Крылья

подвздошных костей обычной формы и нормального строения, их положение и изгибы не изменены, разница между размерами остей и гребней не уменьшена (3 см, как при нормальном тазе). Исследование задней поверхности таза обнаруживает выстояние задне-верхних остей над поверхностью запавшего крестца и уменьшение расстояния между ними (размер *Litzmann'a*).

Уплотнение *Deventer'*овского таза редко достигает высоких степеней. Величина истинной конъюгаты обычно колеблется между 8,5 и 9,5 см, в редких случаях доходя до 8 см. Изредка находят двойной мыс. Образование этого „ложного“ мыса объясняется тем, что межпозвоночный хрящ между телами первого и второго крестцовых ложных позвонков долго не окостеневаает, и этот диск своим свободным передним краем выдается в полость таза (*Michaelis*). *Crede* указал, что ложный мыс может быть расположен ближе к симфизу, чем мыс истинный (рис. 284). Носительницы плоского таза по своему внешнему виду не дают повода подозревать у них эту аномалию. Они могут быть даже высокого роста, хотя чаще рост их средний или даже ниже среднего. Исследование скелета нигде не обнаруживает следов перенесенного рахита.



Рис. 283. Простой плоский таз.



Рис. 284. Простой плоский таз с двойным мысом.

Вследствие последнего обстоятельства диагностика простого плоского таза основана на исследовании самого таза. Размеры остей, гребней нормальны, разница между ними 3 см, как в норме, более или менее уменьшена истинная конъюгата, укорочена и боковая конъюгата *Körner'a*. Из поперечных размеров укорочен лишь размер *Litzmann'a* (расстояние между задними верхними остями). Длинник крестца (*Tridondani*) также укорочен. При внутреннем исследовании отмечается глубокое стояние мыса и приближение его к симфизу. Передняя поверхность крестца не изменена, как в рахитическом тазе: крестцовая впадина выражена хорошо. В частности нет крючкообразного загиба кпереди верхушки крестца. Симфиз низок и обычно стоит более круто, чем при рахитическом плоском тазе. Наклонная конъюгата укорочена. Вычет из наклонной конъюгаты, по *Spiegelberg'y*, обычно не превышает 1,5—1,8 см. При обнаружении двойного мыса следует, по *Michaelis'y*, измерить обе наклонные конъюгаты (от истинного и от ложного мыса), вычет же делать из более короткой. Распознавание простого плоского таза по *Груздеву* очень легко уже при наружном измерении таза. Для окончательной установки диагноза *Груздев* предлагает измерить истинную конъюгату и прямой размер выхода, причем в плоском рахитическом тазу оба эти размера будут меньше нормы на одну и ту же величину.

Приступим теперь к более детальному исследованию нашей роженицы. Роста она среднего; нигде нет следов перенесенного рахита (череп, грудная клетка, реберные хрящи, конечности). Форма ромба *Michaelis'a* изменена мало; длинник его (размер *Tridondani*) укорочен — 8 см; поперечник (размер *Litzmann'a*) — также 7 см. При осмотре таза спереди он не производит впечатления

развороченного: крылья подвздошных костей стоят как при нормальном тазе, разница между *dist. spin.* и *dist. crist.* — 3 см. Окружность таза уменьшена — 75 см.

Вагинальное исследование (28 августа 18 час.): наружные половые части развиты правильно. Из половой щели истекает чистые воды. Вход во влагалище свободно пропускает 2 пальца. Лонная дуга обычной формы. Полость таза пустая. Шейка укорочена, но не сглажена, наружный зев вмещает лишь мякоть пальца. Головка высоко над входом, свободно подвижна, небольшая. Мыс легко достижим, резко выступает впереди между крыльями крестца. Передняя поверхность крестца прекрасно вогнута, давая глубокую крестцовую впадину. Положение верхушки крестца и копчика правильное. Боковые стенки таза без изменений. Безыменные линии дают нормальный изгиб, обвести их одним пальцем удается с трудом. Симфиз невысок, стоит довольно круто. В заключение измерена наклонная конъюгата — 9,75 см.

Каков окончательный диагноз и прогноз?

1. Имеется простой плоский таз. Истинная конъюгата 8 см. Произвольные роды вряд ли возможны, тем более что роды сухие и схватки слабые.
2. Уплощение для Deventer'овского таза действительно почти предельное. Но принимая во внимание небольшую величину головки (может быть недоноска), мы вряд ли вправе ожидать серьезных препятствий в периоде изгнания.

Простой плоский Deventer'овский таз! Как ни странно, но следует сказать, что в отношении его диагностики и частоты нет единодушия во мнениях. В то время как одни считают его наиболее часто встречающейся аномалией таза, другие даже вовсе отрицают его существование. В. С. Груздев считает, что он встречается „очень часто“; по Рейну — в СССР это наиболее обыкновенная форма узкого таза. Так же оценивает его частоту ряд крупных германских авторитетов (*Michaelis, Litzmann, Schröder, Spiegelberg, Kaltenbach, Schauta* и др.). *Michaelis* среди 72 узких тазов нашел 31 простой плоский и 22 рахитических плоских тазов. *Litzmann* определяет отношение простого плоского таза к рахитическому как 7 : 5, *Max Hirsch* среди узких тазов нашел 60,2%, рахитических и 25,3% простых плоских. *Schröder* полагает, что простой плоский таз встречается чаще, чем все другие узкие тазы вместе взятые.

Другие видят в простом плоском тазе лишь подвид рахитически плоского таза и склонны не выделять его в особую форму (*Sonntag*). *Ahlfeld* считает, что он встречается значительно реже рахитического (53 : 100), *Sellheim* отрицает его вовсе. С своей стороны, я склонен, на основании своего скромного опыта, считать рахитически-плоский таз значительно более часто встречающимся, чем простой плоский. В этиологии его последнее слово еще не сказано. „Самою вероятною причиной развития плоского нерахитического таза акушеры считают ношение дощечками с неокрепшим еще скелетом значительных тяжестей, особенно на голове, и вообще выполнение ими тяжелых работ“ (*Груздев*). Тяжелый физический труд в детстве, продолжительная работа в сидячем положении отмечают многими авторами (*Winckel, Ahlfeld, Runge*). В подтверждение этого воззрения *Spiegelberg* отмечает преимущественную принадлежность носительниц простых плоских тазов к беднейшим слоям населения. Противное утверждает *Zweifel*. Другие авторы (*Fehling, Bumm*) отрицают влияние давления туловища как этиологический момент Deventer'овского таза, и для большинства этих тазов признают таковым врожденную аномальность тазового костяка или неправильное направление роста костей его. Наконец, большой ряд авторов этиологией нерахитического плоского таза считают тот же рахит, полагая, что проявления рахита могут варьировать в широких границах, что ненахождение на живой женщине следов перенесенного рахита вовсе не доказывает отсутствия этой болезни в прошлом. Это учение особенно выдвинуто *Breuss*'ом и *Kolisko*, которые указывают на непостоянство рахитических стигм и степени их проявления.

К вопросу о рахитических изменениях таза, о возможности влиять на таз путем лечебных и профилактических мер мы еще вернемся, пока же вы видите, что генез простого плоского таза еще спорен, что практический врач должен считаться с клиническим фактом существования Deventer'овского таза, должен уметь провести дифференциальную диагностику между тазом рахитически-плоским и простым плоским.

В нашем случае мы поставили точный акушерский диагноз и стоим перед вопросом, что делать?

Что таз анатомически „суженный“ — не подлежит сомнению. Будет ли он в данном случае „узким“? С одной стороны, уплощение таза значительно. Из наклонной конъюгаты в 9,75 см мы вправе вычислить величину истинной конъюгаты в 8—8,25 см. Головка как при наружном исследовании, так и вагинально производит впечатление небольшой. Мы прижимаем ее снаружи ко входу в таз: она не выдается над передней поверхностью симфиза — признак Henkel-Вастена вровень. Мы измеряем прямой размер головки по Ahlfeld'у — 10 см. Мы при третьем приеме Leopold'a определяем с боков от прижатой ко входу в таз головки свободные щелевидные пространства между головкой и безмянными линиями. Наконец, мы измеряем длину овоида плода по Ahlfeld'у: от макушки до ягодиц 23 см. Плод очень небольшой. При достаточных родовых болях, при должной конфигурации головка должна пройти суженный родовой вход. К сожалению, воды отошли преждевременно — роды сухие и родовая деятельность первично слаба.

Что же делать? Мы решительно отвергли какое-либо вмешательство, тем более что наша роженица первородящая и взяла курс на выжидание.

К вечеру схватки прекратились. Роженице предписано соблюдать покой в горизонтальном положении, клизмой очищен кишечник, предписано испускать мочу через 4 часа, моча взята для анализа. Три раза в день измеряется температура.

Ночь на 29 августа прошла без схваток. Утром — самочувствие после спокойного сна хорошее. Т—36,7°. Схваток нет. Головка подвижна над входом. Сердечные тоны ясные.

Вечером того же дня схватки возобновились, сперва редкие и слабые, ночью усилившиеся. 30 августа утром (10 часов), Схватки через 5 минут, вполне удовлетворительные. Сердечные тоны 140 в минуту, справа ниже пупка, ясные. Головка во время схваток прижимается ко входу.

Исследование per rectum: полость таза пустая. Мыс легко достигим. Шейка смягчена, зев открыт на 1 палец. Головка вне схваток подвижна над входом, схваткой прижимается ко входу.

Итак, первичная слабость родовых болей прошла. Шансы на произвольное родоразрешение повышаются.

Спросим себя, сказался ли узкий таз на течении беременности и начале родов у нашей пациентки? Да, и даже очень существенно: 1) судя по данным исследования плода, мы предполагаем, что роды преждевременные, 2) воды отошли до начала болей, 3) выявилась первичная слабость родовых болей, 4) зев открывается очень медленно.

Известно, что узкий таз на течении первой половины беременности не сказывается. В конце же беременности наступают явления, стоящие в непосредственной связи с узкотазием. Головка плода у первобеременных не может вступить в тазовый вход: она остается в большом тазу, свободно подвижной. Дно матки стоит выше нормального уровня, вся матка выпячивает впереди себя брюшные стенки первобеременной; в результате — остроконечный живот. У повторнобеременных брюшная стенка, не выдерживая нагрузки, отвисает кпереди — отвислый живот. Плод, обладая большей против нормы подвижностью, принимает нередко неправильное положение. Ось плода не совпадает с длинником матки, получается косое или поперечное положение плода. Головка, не испытывая на себе циркулярного действия тазового входа, способствующего в норме ее сгибанию, легко переходит в состояние разгибания — в результате передне-головное, лобное или лицевое предлежание.

Далее в конце беременности или в начале родов головка, оставаясь долго подвижной над входом, не прилегает всесторонне к тазовому входу, вследствие чего нет пояса соприкосновения, нет разделения плодного яйца на 2 обособленных отдела — отдел, лежащий ниже пояса соприкосновения, и отдел, лежащий выше него. Околоплодные воды не разделены на передние и задние воды: воды передние свободно сообщаются с водами задними. Вследствие этого все внутриматочное давление централизуется на плодном пузыре и при каждой схватке — предвещающей или родовой, — задние воды частично перемещаются вниз, в нижний отдел пузыря, и плодному пузырю приходится выдерживать на себе все внутриматочное давление. Легко понять, что плодный пузырь часто не выдерживает этого ненормально высокого давления и разрывается или еще до начала родовой деятельности или в начале родов, задолго до полного открытия зева. Это преждевременное отхождение околоплодных вод ведет к затяжному течению периода раскрытия: нет пузыря, вклиниванием в зев способствующего

его раскрытию, и, если при нормальном тазе на место пузыря вступает головка и завершает раскрытие зва, то тут головка бездействует, оставаясь высоко над входом, и зев раскрывается чрезмерно медленно, или же, будучи уже раскрытым, спадается. Раннее отхождение вод, продолжительный „безводный промежуток“ способствуют проникновению микробов влагища в амниальную полость; в результате — инфекция содержимого матки со всеми последствиями для плода и матери.

С другой стороны, высокое стояние головки, раннее отхождение вод (передних и задних вместе) нередко ведут к нарушению членорасположения плода — выпадает ручка рядом с головкой, или же отходящие воды увлекают с собою пуповину — в результате выпадение пуповины, грозящее плоду быстрой гибелью.

Вы видите, что уже в конце беременности и в периоде раскрытия узкий таз имеет неблагоприятные, подчас серьезные последствия для матери и плода. Вот почему мы должны внимательно отнестись при узком тазе не только к периоду изгнания, но и к периоду раскрытия.

Нашу роженицу мы уложили в постель, во избежание истечения остатков вод и нарушения правильного положения и членорасположения плода.

С первичной слабостью родовых болей мы активно не боролась. Препараты гипофиза при узком тазе абсолютно противопоказаны, пока головка не прошла суженного места. И вот мы дождалась хорошей родовой деятельности. Опустится ли головка в полость?

30 августа, 12 час. Схватки частые, сильные. Сердечные тоны ясные, 136 в минуту. Головка вставилась во вход в таз. Несоответствия не видно.

Рег гестит: открытие зева 3 пальца, края тонкие, головка стоит большим сегментом во входе. Мыс достижим согнутым пальцем. Стреловидный шов в поперечном, на одинаковом расстоянии от мыса и от дна. Слева угадывается большой родничок. Малый не определяется. Родовая опухоль только намечается.

Как мы оценим данные исследования?

Головка вставилась. Вряд ли можно ожидать затруднений в изгнании. Механизм родов правильный.

Другого ответа быть не может. Своей изиобольшей периферией головка стоит во входе в таз. Резкой конфигурации не заметно. Вряд ли потребуется сильная конфигурация, головка небольшая. Механизм вставления правильный: головка вставилась по типу плоского таза, с опущенным большим родничком. В данный момент в истинной конъюгате стоит не большой поперечный размер головки (dist. biparietalis), а малый поперечный (dist. bitemporalis). Головка находится в легкой степени разгибания. Мы вправе ожидать произвольного разращения, если только изгоняющие силы не ослабеют.

14 час. Схватки через 4 минуты, сильные. Сердечные тоны без изменений. Головка опустилась в полость малого таза.

16 час. При сильных потужных болях родился плод, живой, женского пола, весом 2000 г, длиной 47 см. Проявлял некоторые признаки недоношенности.

16 час. 20 мин.: родился послед, без дефектов, весом 400 г, размеры 15 × 14.

Послеродовой период без осложнений.

Ребенок умер 3 сентября от врожденной слабости. Родильница выписалась 7 сентября здоровой.

Итак, несмотря на значительное сужение таза (conj. vera 8 — 8,25 см), роды закончились спонтанно. Это оказалось возможным потому, что плод был не вполне доношен, что изгоняющие силы были достаточны и что механизм родов был правилен.

Течение родов было бы другим, если бы плод был весом в 3000 — 4000 г, если бы была та или иная аномалия вставления или родовая деятельность была бы не на высоте.

Самопроизвольные роды при узком тазе!

К счастью больше половины родов при узком тазе кончаются естественным путем. У А. Ф. Пальмова на 992 родов с узким тазом было произвольных 74,7 — 75,3%. Другие авторы дают другие цифры: *Fehling-Jacobi* — 53%, *Braun-Scheffzek* — 4%, *Müller* — 56%, *Gluckner-Gu* — 56,4%, *Küstner-Hannes* — 64%, *Якобсон* — 69,7%, *Побединский* — 72,2%, *Chrobak-Peham* — 72%, *Scipiades* — 76%, *Zweifel-Krönig* — 78%, *Pinard* — 79%, *Döderlein-Buisch* — 80%, *Herff* — 80,7%.

Bumm-Herff — 81,7%, *Понов* — 89,9 и 94,7% (цит. по *Пальмову*), *Burgers* (Montreal) 1924 г. — 75,5%, *Kraul* — 75,7%.

Понятно, что чем более строго проводится в учреждении выжидательный метод ведения родов, тем выше процент произвольных родов.

Наибольший процент самопроизвольных родов дают первороженицы: у *Пальмова* первородящие разрешились естественным путем в 79,3% повторно-родящие — в 72,3%. То же мы видим и у большинства авторов. Это и понятно: большая мощь и эффективность родовых болей, хороший брюшной пресс, меньшая величина плода и более сдержанное ведение родов у перворожениц. Далее понятно, что чем более сужен таз, тем процент произвольных родов ниже. У всех авторов параллельно с сужением таза падает процент произвольных родов.

Поучительные статистические данные литературы (*Пальмов* и др.) указывают, что на частоту произвольных родов оказывают влияние и возраст роженицы и число предшествовавших родов: „чем старше роженица и чем более у нее было родов, тем меньше шансов на произвольное родоразрешение“.

Что касается формы сужения, то тут получается разногласие. В то время как большинство старых авторов считает, что процент самопроизвольных родов выше при плоском тазе, современные авторы (*Baisch*, *Scipiades*, *Понов*, *Яacobсон*, *Пальмов*) полагают, что „прогноз при общесуженных тазах по отношению к самостоятельному родоразрешению более благоприятен, чем при плоских тазах“.

У *Пальмова* общесуженные тазы дали наибольший процент произвольных родов — 86,2% плоские же тазы лишь 72,8%. Причину этого явления некоторые усматривают в том, что „женщины с общесуженными тазами рожают сравнительно менее крупных детей“ (*Baisch*, *Wilcke*, *Яacobсон*); по *Пальмову* головка плода, испытывая при общесуженном тазе равномерное давление со всех сторон, находится здесь в отношении конфигурации в лучших условиях, чем при плоских тазах, где давление на головку имеет односторонний характер. *Bürger* указывает, что при плоских тазах чаще наблюдаются различные осложнения в виде преждевременных разрывов плодного пузыря, выпадения пуповины и конечностей. По *Tornau* (Будапешт—1925), наоборот, лучшее предсказание дает простой плоский таз.

Продолжительность произвольных родов при узком тазе, конечно, выше, чем при тазе нормальном. Если по вычислению *В. В. Строганова* для нормального таза средняя продолжительность родов для первородящих — 18 час. 58 мин., для повторнородящих — 11 час. 34 мин., то *Пальмов* для узкого таза определяет продолжительность произвольных родов в 23 часа 53 мин. для перво- и в 14 час. 17 мин. для повторнородящих, *Veit* — в 22 часа для перво- и в 15 час. для повторнородящих, *Scipiades* дает цифры в 18 час. 21 мин. и 14 час. 20 мин. Интересно, что существует некоторая зависимость между продолжительностью родов и формой сужения таза.

Яacobсон определяет ее для общесуженного в 18 час. 55 мин., для плоского рахитического — в 24 часа 15 мин., для простого плоского — в 25 час. 36 мин., для общесуженного плоского — в 33 часа 56 мин. В материале *Пальмова* мы также видим известную последовательность: неправильно — суженные тазы — 41 час. 7 мин., общесуженные плоские тазы — 23 часа 5 мин., простые плоские тазы — 19 часов 1 мин., общесуженные тазы 17 час. 57 мин., плоские рахитические тазы — 15 час.

Итак, на большом материале Оттовского института плоский таз дает большую продолжительность родов, чем общесуженный. Объясняется это, повидимому, большим процентом неправильных вставлений и частотой преждевременного отхождения вод при них.

Не все акушеры согласны с таким воззрением. Так, *Baisch* считает, что самопроизвольные роды при общесуженных тазах длятся дольше, потому что при них головка испытывает всестороннее препятствие на всем протяжении родового канала, в то время как при плоском тазе головка преодолевает препятствия лишь в тазовом входе.

Интерес случая: 34-летняя первородящая поступает со слабыми родовыми болями, без вод. Распознан простой плоский таз. Преждевременное

отхождение вод. Первичная слабость родовых болей. Головное предлежание. Ввиду небольшой величины плода, несмотря на истинную конъюгату в 8—8,25 см, решено роды вести консервативно. Слабость родовых болей проходит. Головка вставляется и прорезывает механизм по типу плоского таза. Родается плод (2000 г) с некоторыми признаками недоношенности, умирает на 4-й день от врожденной слабости. Выздоровление.

Случай 108-й

А. Е. И., 21-го года (№ приемного журнала 5755), поступила в клинику 27 мая 1927 г., в 7 часов 45 мин., в родах.

Краткий анамнез: роженица росла слабым ребенком в малоимущей рабочей семье, рано начала работать, помогая матери в хозяйстве. Месячные начала носить с 15 лет, через месяц, по 6 дней без болей. Ни рахитом, ни другими детскими болезнями не болела. 18 лет вышла замуж. Через год родила недоношенного младенца, умершего вскоре от летнего поноса. После родов не болела. Настоящая беременность вторая. Срока последней менструации, времени первых движений плода не помнит. Беременность без особенностей. В ночь на 27 мая, в 3 часа, проснулась от болей в животе, которые она признала за родовые. В 7 час. 30 мин. отошли воды в умеренном количестве, после чего роженица отправилась в клинику пешком (живет в 15 мин. ходьбы от клиники).

При поступлении: роженица среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания, блондинка. Температура тела — 36,9°. Пульс 80. Осмотр тела нигде не обнаруживает следов перенесенного рахита, живот увеличен соответственно доношенной беременности, овоидной формы. Пупок выпячен, пигментация слабая. В нижних частях скудные старые полосы беременности. Дно матки на 3 пальца ниже меча, содержит ягоды плода. Спинка справа, мелкие части слева близ дна.

Предлежит головка, подвижная над входом, значительной величины. Справа определяется затылок, слева — подбородок.

Сердечные тоны 140 ударов в минуту, ясные, справа ниже пупка.

Высота дна матки над симфизом — 39 см. Наибольшая окружность живота 97 см.

Размеры таза: *dist. spin.* — 25 см; *dist. crist.* — 27,5 см; *dist. troch.* — 30 см; *conj. ext.* — 17,5 см; *conj. lat.* — 14 см. Окружность таза 78 см.

Ромб *Michaells'a* правильной формы, крестец несколько запавший.

Родовые схватки через 8 мин., умеренной силы (8 час. 15 мин.).

Каков предварительный диагноз?

1. Второе затылочное положение у повторнородящей с уплощенным тазом. Идет период раскрытия. Воды отошли.

2. Все это правильно. Но мы не знаем еще ни характера уплощения таза, ни степени его. Исследование неполно.

Акушерский анамнез лишен ценности: первая беременность закончилась рождением недоноски. Положение плода несомненно правильное. То, что головка подвижна над входом в таз, нас не удивляет: роды повторные, с момента отхождения вод прошло каких-нибудь полчаса, головка не успела встаться. Впрочем может быть она не вставилась потому, что таз сужен. Ведь измерение таза дает укороченную наружную конъюгату.

Несомненно требуется обследование таза. Нужна ли спешность? Сердечные тоны хорошие. Повидимому, особенной спешности нет. Так рассуждал дежурный врач и отложил внутреннее исследование на некоторое время.

10 час. 30 мин. Общее состояние роженицы хорошее, схватки участились: через 5 мин. Сердечные тоны плода справа, ясные, 136 ударов вне схватки. Воды отходят понемногу, чистые.

Решено исследовать *per rectum*. В то время как дежурный врач готовился к исследованию, появилась потужная боль, и акушерка заметила, что в половой щели оказалась мелкая часть, оказавшаяся ручкой. Одновременно с этим излилось небольшое количество вод, окрашенных меконием.

Что случилось? Что делать?

1. Выпадение ручки рядом с головкой. Кроме того началась асфиксия плода. Нужно немедленно вправить ручку.

2. Надо воздержаться от всякого вмешательства. Головка пройдет через таз вместе с ручкой.

3. Показано не вправление ручки, а поворот на ножку, если только условия к повороту будут даны.

Было ли упущение? Несомненно было. Если бы внутреннее (вагинальное или ректальное) исследование было произведено при поступлении, было бы

определено одновременное предлежание головки и ручки. Мы бы уложили роженицу на бок, и именно на бок, противоположный половине таза, в которой выпала ручка. И возможно, что по мере вставления головки во вход ручка отошла бы кверху. Исследование было отложено, момент был упущен, выпадение ручки осталось не распознанным и обнаружено лишь, когда при первой потужной боли ручная кисть появилась во входе во влагалище. Почему выпала ручка? Таз плоский, вход его сужен в прямом размере, расширен в поперечном. Стоящая над входом головка под влиянием родовых схваток стремится встаться во вход, пока-что безуспешно. Головка прилегает спереди к симфизу, сзади к мысу, по бокам же остаются незанятые головкой свободные щелевидные пространства, через которые могут проскользнуть из большого таза в малый ручка или пуповина. Стоит только нарушиться правильному членорасположению плода, стоит ручкам (обеим или одной) отойти от груди плода, они попадают в пределы упомянутых щелевидных пространств сбоку от головки, и истекающие во время схватки остатки задних вод вымывают ручку в полость малого таза.

Безразлично ли подобное выпадение ручки? Оно далеко не безразлично. Если петля пуповины, тело по объему незначительное и по консистенции легко сжимаемое, то ручка, напротив, занимает часть тазового входа и препятствует вставлению головки. Выпавшая ручка, таким образом, задерживает изгнание плода, и кроме того может в том или ином смысле нарушить механизм родов.

Что же делать? Первая мысль — вправить ручку. Надо войти всей рукой во влагалище, определить открытие зева, убедиться в том, что головка еще над входом и подвижна и, продвигая ручку кверху, заправить ее за головку. Следующая же схватка фиксирует головку во входе, и изгнание пойдет нормальным порядком. А если схватка не фиксирует головки? Ведь таз плоский, головка может еще долго оставаться над входом после вправления ручки, условия, располагавшие к выпадению ее, останутся те же. Где же гарантия, что ручка не выпадет вновь? Тогда придется повторить вправление, т. е. вслед за первой внутриматочной манипуляцией совершить вторую? Рационально ли это? Нет, мы откажемся от вправления, от полного невмешательства мы также откажемся. Если при узком тазе вставление головки потребует длительной родовой деятельности, правильной конфигурации головки, правильного механизма вставления, то при наличии рядом с головкой выпавшей ручки можем ли мы рассчитывать на все это? Нет, головка вклинится во вход, ручка ущемится, много часов бесполезной родовой деятельности приведут только к асфиксии плода, к гибели его, и нам придется закончить роды краниотомией. Единственно правильным вмешательством будет поворот на ножку. Вспомните „показания к повороту“. В числе показаний значатся: „головные предлежания с неблагприятным вставлением и другими осложнениями“. И тут, наряду с лобным, задним видом лицевого предлежания, лицмановским вставлением, выпадением пуповины, значится и выпадение ручки или ножки при головных предлежаниях. Можно ли повременить с поворотом? Нет, ждать нельзя, показался меконий, плод в опасности.

Мы возьмем роженицу на операционный стол, приготовим к операции, дадим наркоз, произведем вагинальное исследование и, если открытие полное, головка над входом в таз и плод еще подвижен, сделаем классический поворот на ножку. Если зев окажется открытым на 2—3 пальца, сделаем поворот по Вraxton-Nicks'у. В первом случае мы тут же присоединим извлечение плода за ножку, во втором же от извлечения откажемся, потому что условия к извлечению не будут налицо (неполный зев).

11 часов. Схватки частые и очень сильные. Головка над входом, несколько подвижна. Сердечные тоны плода глухие, замедленные. Из половой щели показывается меконий. Роженица тужится.

Надо спешить. Плод в опасности. Впрочем, чем объяснить явление асфиксии? Точно мы причин асфиксии не знаем, но можем предполагать прижатие где-либо пуповины, может быть обвитой вокруг шеи плода? С другой стороны, мы можем предположить, что нарушилось кровообращение в плацентарном месте под влиянием частых и сильных схваток.

Почему же роженица тужится при головке, стоящей над входом в таз? В норме потуги вызываются рефлекторным путем, раздражением чувствительных нервов тазового дна подлежащей частью. При узком тазе мы нередко видим потужные боли при высокостоящей головке, — преждевременные, „ложные“ потуги. Здесь же сама ручка, лежащая во влагалище может способствовать появлению рефлекса потуги:

Мы вприсунули роженице морфий под кожу (0,01), спешно приготовили все необходимое для операции поворота, перенесли роженицу на руках на операционный стол, приготовили операционное поле, выпустили мочу, дали наркоз, оператор обеззаразил руки.

Какую руку ввести? Позиция вторая, спинка справа, ножка слева — оператор должен исследовать правой рукой и той же рукой сделать поворот.

Из половой щели торчит ручка до лучезапястного сустава. Оператор „поздоровался“: ручка правая. Сообразим быстро: при второй позиции затылочного предлежания выпала правая ручка, значит она — задняя. Конусообразно сложенную правую руку оператор ввел во влагалище. Полость малого таза свободна, в ней только ручка. Крестцовая впадина выражена хорошо. Мыс выается резко вперед. Открытие зева полное, только спереди сохранилась незначительная кайма зева. Головка над входом, легко отодвигается. Родовая опухоль ничтожна. Стреловидный шов в поперечном размере входа. Слева большой родничок, справа несколько выше — малый. В области затыла, между головкой и стенкой таза — ручка. Ручка легко войдено в матку, головка отодвинута вправо, в сторону спинки. Снаружи левой рукой оператора ягодичцы низдавлены книзу навстречу внутренней руке. Внутренняя рука, легко продвигаясь по брюшной поверхности плода, бережно отстраняя встретившиеся петли пуповины, нашла ножку. Ножка захвачена всей рукой по Феноменову. Которая ножка? Не все ли равно? Лучше, если захваченной окажется передняя ножка, в данном случае левая, но если захвачена задняя ножка, не беда. Не бросать же найденную ножку и искать другую из теоретических соображений.

Ножка захвачена. Приступлено к „собственному повороту“. При активном участии наружной руки, низдавливающей ягодичцы книзу и отталкивающей головку кверху, влечением за ножку совершен поворот. Ножка выведена до колена, левая. Извлекать или не извлекать? Плод жив, ножка реагирует на щекотание одергиванием. Помощник выслушал сердечные тоны, они резко замедлены и аритмичны. Надо спешно извлекать! Нет ли противопоказаний к извлечению? Нет, имеется полное открытие зева. Типически произведены фракции за ножку родились ягодичцы, выпала правая ножка, тяганиями за тазовый конец извлечено туловище до передней лопатки. Правая ручка, задняя, оказалась лежащей вдоль туловища, ее нечего освобождать. Плод повернут на 180°, типически выведена левая ручка. Остается вывести головку. Удастся ли ее выведение? Ведь таз узкий. Надавливанием руки помощника сверху головка продвинута в малый таз, она легко выведена по Maunsean-Smellie-Weit (11 час. 15 мин.).

Плод, женского пола, в состоянии белой асфиксии. Пуповина медленно пульсирует. Спешно рассечена пуповина между зажимами. Наркоз прекращен. Ребенок (весом 3400 г) передан помощнику для оживления. Через 25 минут применения мер оживления ребенок закричал.

В 11 час. 55 мин. вышел послед, без дефектов. Вес 500 г. Матка хорошо сократилась. Разрывов нет.

Первые три дня послеродового периода роженица получает подкожно Vitugol Милютинной по 1 см³. Максимальная температура — 37,4. 3 июня роженица выписалась домой с ребенком.

Благоприятный исход родов достигнут посредством операции акушерского поворота.

Поворот при узком тазе! Да, мы сделали поворот на ножку при узком тазе, но не вследствие узкого таза. Не случись выпадения ручки, мы решительно взяли бы курс на консервативное ведение родов, показанием к повороту служил не узкий таз, а выпадение ручки.

Вопрос о повороте при узком тазе породил огромную литературу. Для того, чтобы разобраться в этом сложном вопросе, нужно прежде всего различать повороты, которые производятся именно вследствие наличия у роженицы узкого таза, которые обусловлены узким тазом, „являясь таким образом специфическим пособием при узком тазе“ (Пальмов). Эти повороты делаются во избежание возможной опасности для жизни и здоровья матери и плода, так сказать заблаговременно, профилактически. А потому эта операция и носит название „профилактического поворота“.

Другая группа поворотов хотя и производится при узком тазе, но „стоит с узким тазом лишь в малой, а иногда совсем отдаленной причинной связи“. Сюда относятся случаи поворота, которые производятся при поперечном положении, при выпадении пуповины, ручки, при предлежании последа, при лобном предлежании и пр. В конкретном случае, будь таз нормальным, поворот был бы также „показан“. Он диктуется не узким тазом конкретной роженицы, а другой какой-либо патологией. К таким случаям принадлежит и наш.

Вопрос о „профилактическом“ повороте и о повороте „показанном“ настолько практически важен, что считаю нужным несколько на нем остановиться. Сравнительно недавно профилактический поворот пользовался широким признанием акушеров. Мысль превратить черепное предлежание в неполное ножное, с тем, чтобы помочь рождению плода влечением за тазовой конец, казалась заманчивой. Подкупало также положение *Simpson*'а, что последующая головка, имея форму клина, легче должна пройти через суженный таз, чем головка предлежащая. В последнем случае длительная работа, потребная на конфигурацию головки, в первом — быстрое извлечение головки суженным основанием вперед. Но уже скоро увлечение профилактическим поворотом прошло, в настоящее время большинство акушеров относится к этой операции отрицательно. „Никогда проведение головки через таз сначала узким (шейным) концом ее, а потом более широким — не искупается той невыгодой, с какою сопряжена утрата головкою способности к приспособлению“ (*Груздев*).

От „профилактического“ поворота у первородящих отказались все. Если кто и решится на „профилактический“ поворот у первородящих, тот должен предварительным разрезом *Schuchardt*'а широко расцечь тазовое дно. Слишком велика опасность тягчайших разрывов. У повторнородящих некоторые и по сей час не отказываются от профилактического поворота. Непременным условием является небольшая степень сужения, т. е. такая, где есть надежда провести головку без-повреждения через суженное тазовое кольцо. К сожалению, учесть несоответствие между тазом и головкой нелегко. В руках лучших акушеров головка при последующем извлечении застревала над входом в таз и приходилось ее перфорировать. А если и удавалось извлечь плод, то нередко обнаруживались тяжелые повреждения головки, начиная от вдавления черепных костей до разрыва шейной части позвоночника.

Смертность детей после профилактического поворота непомерно высока и достигает 30—40%. Большой ряд статистических работ (*Stanescio* и *Rigaud*, *Borinsky*, *Ludwig* и *Savor*, *Мацевский*, *Штольц*, *Дмитриев*) доказал, что профилактический поворот в смысле результатов далеко уступает выжидательному ведению родов. Большинство авторов (у нас *Феноменов*, *Строганов*, *Груздев*, *Пальмов*) решительно высказывается против этой операции. В Оттовском институте частота применения профилактического поворота равна 0,5% всех случаев узкого таза. Все авторы указывают на плохие результаты для детей. „При наличии несоответствия между тазом и головкой, *resp.* при более высоких степенях сужения (*conj. vera* ниже 8 см), расчеты на более легкое прохождение последующей головки (*Simpson*, *Schröder*) через таз не оправдываются“ (*Пальмов*). При более слабых степенях сужения вмешательство теряет смысл, потому что шансы на спонтанное разрешение велики. Зачем поворачивать плод при *conj. vera* в 10—9,5 см, когда он почти наверное родится самопроизвольно? Как бы ни были хороши при этом результаты операции, природа даст еще лучшие“ (*Пальмов*).

Личный мой опыт в отношении профилактического поворота невелик; два последние случая, окончившиеся неудачей, заставили меня принципиально отказаться от этой операции. Там, где она может дать безукоризненные результаты, она не нужна, там где она могла бы быть полезной, она часто ведет к гибели плода. Клиника может и должна обойтись без профилактического поворота, имея возможность прибегнуть к кесарскому сечению или тазорасширяющей операции. Другое дело на участке: там я считаю допустимым профилактический поворот у повторнородящей с небольшим сужением таза, при подвижном плоде и полном раскрытии зева. Но и при таких условиях врач, готовясь к операции, должен „профилактически“ приготовить инструментарий для перфорации последующей головки. Упомяну, что *Wortmann* считает профилактический поворот показанным в домашней практике во избежание высоких щипцов или перфорации живого плода у многородящих с истинной конъюгатой не меньше 7,5 см, если головка в течение 2—3 часов по отхождении вод не вступит в таз. При этом обязательно *Walcher*'овское положение.

В нашем случае мы сделали поворот не профилактический, а „показанный“, причем показанием был не узкий таз, а выпадение ручки. Такой поворот

приходится делать при узком тазе нередко. Частота показанного поворота у *Попова* равняется 0,7% всех случаев узкого таза (*Пальмов* — 1,3%, *Jamasaki* — 2,2%, *Cuny* — 3,2%, *Peham* — 6,2%, *Bürger* — 6,6%). Поводом к операции служат те или иные сопутствующие узкому тазу аномалии или осложнения, как выпадение пуповины, ручки, предлежание последа, поперечное положение, аномалии вставления, эклампсия и пр. Операция всегда серьезна. Разрывы прсмежности, влагалища, шейки матки встречаются часто. По *Krull*ю, разрывы шейки встречаются в 20% случаев, влагалища и промежности в 18%. У первородящих лучше не делать поворота вовсе. *Winter* предпочитает у них высокие щипцы и даже перфорацию живого плода. И при показанном повороте, так же как и при профилактическом, возможны разнообразные повреждения плода (см. том II, случай 79). Частота повреждений по *Peham*у — 10,6%, по *Lichtenstein*у — 5,7%. У *Пальмова* на 13 показанных поворотов одно повреждение — вдавление на виске. У меня был случай показанного поворота у многорожавшей с умеренным общим сужением таза (П. К. 1925 г. № 2978), закончившийся извлечением живого ребенка. На головке оказалось глубокое ложкообразное вдавление вследствие давления мыса (рис. 285). Полное выздоровление. Смертность детей высока: погибает около половины всех детей (*Schef, zek* — 56,9%, *Попов* — 55,0%, *Пальмов* — 50%, *Копорка, Jacobi* — 33%, *Кон* — 29,0% и т. д.).

Причина гибели детей обычно не основное осложнение, вследствие которого прибегают к повороту, а трудность извлечения плода через узкий таз. Тут интересен вопрос, какая форма суженного таза дает лучшее предсказание для детей при операции поворота? Большинство авторов (*Fehling, Pfannensiel, Leopold, Krull, Löhmann, Bürger*) полагают, что плоский таз дает меньшую смертность, чем общесуженный. *Пальмов*, наоборот, отмечает при плоском тазе смертность детей 60%, при общесуженном — 50%. Наконец *Lichtenstein* полагает, что форма таза в отношении смертности детей безразлична.

Снижения этой высокой смертности можно достигнуть заменой поворота кесарским сечением или тазорасширяющей операцией (в подходящих случаях).

В нашем случае мы сделали „показанный“ поворот с хорошим исходом для матери и ребенка. Выбор вмешательства был правильный. Так поступила клиника, так поступил бы и врач на участке.

Интерес случая. Повторнородящая, 21 года, поступает с отошедшими водами. В анамнезе одни преждевременные роды. Срочные роды в черепном предлежании. Таз простой плоский. Распознается выпадение ручки рядом с головкой. Признаки асфиксии плода. Решено активно вмешаться. Методом выбора признан поворот на ножку с последующим извлечением. Условия к операции даны. Поворот классический. Извлечен плод, весом 3400 г в асфиксии, оживлен. Послеродовой период без осложнений.



Рис. 285. Ложкообразное вдавление черепа.

Случай 109-й

Ш. Д. В., 34 лет (№ приемного журнала 10559), поступила в клинику 4 июля 1926 г. в 9 час. 20 мин. в родах.

Краткий анамнез. В. родилась не вполне доношенным ребенком, вскармливалась искусственно, поздно получила зубы, ходить начала на 3-м году жизни. В школьном возрасте перенесла несколько инфекционных болезней. Месячные начала носить с 15 лет, через 4 недели, по 3—4 дня, без боли. Замуж вышла поздно. Первая беременность закончилась преждевременно, на 7-м месяце. Ребенок родился нежизнеспособным. Вторая беременность прервалась на 3-м месяце. Было сделано выскабливание. Настоящая беременность третья. Последняя менструация в начале октября 1925 г. Срока первых движений плода пациентка указать не может. Беременность протекала без особенностей. В конце ее незначительные отеки ног. Повторные анализы мочи ничего патологического не обнаруживали. 4 июля в 5 час. утра начались родовые боли, сразу же сильные и частые. Воды не отходили.

При поступлении: роженица роста ниже среднего (152 см), хорошего питания, шатенка. Т. 36,9°. Пульс 84, ровный. Осмотр тела обнаружил следующее: грудная клетка несколько сужена с боков, грудная кость выдается вперед. Реберные хрящи с утолщениями. Нижние конечности несколько искривлены в смысле genu valgum. В стоячем положении бедра и колени не смыкаются. Большеберновые кости изогнуты вперед (саблевидны). Живот большой, резко выпячен, овоидной формы. Пупок выдается пузыреобразно. Пигментация слабая. В нижней половине живота обильные свежие рубцы беременности. Дно матки на 3 пальца ниже меча. Высота дна матки над лонном 39 см. Наибольшая окружность живота—105 см. В дне матки определяются ягодицы, спинка слева, мелкие части справа в дне. Предлежит головка, малоподвижная, прижата ко входу в таз. Признак Непкей-Вастена вровень. Головка производит впечатление большой, твердой. Затылок определяется слева, подбородок справа. Сердечные тоны слева, ниже пупка, 140 ударов в минуту.

Размеры таза: dist. spln. — 25 см; dist. crist. — 26 см; dist. troch. — 31 см; conj. ext. — 17,75 см; conj. lat. — 14 см. Окружность таза 80 см.

Ромб Michaelis'a значительно изменен: надкрестцовая ямка расположена ниже, верхний угол ромба тупой, верхне-задние ости выступают над запавшим крестцом. Родовая деятельность энергичная: схватки сильные, через 5 минут.

Каков предварительный диагноз?

1. Срочные роды у повторнорбеременной, но первородящей. Головное предлежание. Таз уплощен.

2. Таз рахитически плоский. Степень сужения нам неизвестна. Головка большая, предлежание тоже неизвестно. Предсказание серьезное. Необходимо дополнить исследование.

Вы имеете полное основание считать роды патологическими. Таз несомненно рахитический. Анамнез детства, изменения грудной клетки, нижних конечностей, характерные наружные размеры таза — все указывает на перенесенный рахит.

Что такое рахит? Как ни странно, но сущность „английской болезни“ и по сие время не вполне выяснена. Дети заболевают обычно во вторую половину первого года жизни. В основе болезни лежит „триптический“ процесс, заключающийся в том, что костная ткань начинает расплавляться и разжижаться: костное вещество становится уже, кости легко гнутся. Сущность trypsis'a лежит в „недостаточном известковом обмене на почве недостатка в витаминах или же вследствие нарушения корреляции желез внутренней секреции“. Если в прежние время считали, что рахитом заболевают дети, живущие в плохих условиях в темных, сырых помещениях, при плохом, недостаточном питании, то в настоящее время воззрения несколько изменились. Рахитом заболевали и дети, вскармливаемые исключительно грудью. Нередко в одной и той же семье, дети, живущие в одинаковых условиях — одни развивались хорошо, другие заболевали рахитом (Siegert).

Не подлежит сомнению, что ребенок, будущий рахитик, рождается с унаследованным предрасположением к рахиту. Если этот ребенок подвергается тем или иным вредностям, то может нарушиться обменное равновесие и начинается общее заболевание (E. Martin). В этом заболевании принимают участие все органы; особенно выделяются недостаточность образования известковых солей и своеобразное спастическое сокращение некоторых мышечных групп, в первую очередь m. psoas и m. multifidus. Hoffa и E. Martin доказали, что характерные изменения таза можно найти и у 3-, 4-месячных грудных детей. Ими же доказано, что рахитические изменения скелета, в частности костного таза, могут со временем пройти, что можно терапевтическими мерами влиять на эти изменения. Какое широкое поле открывается для работы над лечением рахита! И эта борьба с рахитом будет истинной профилактикой узкого таза. Тут не место говорить о новых течениях в понимании и терапии рахита. Скажу лишь, что работа в этом направлении имеет огромное социальное значение, открываются светлые перспективы ликвидации одного из основных этиологических моментов узкого таза, и есть надежда, что будущее акушерство будет пожинать плоды трудов над профилактикой и терапией рахита.

В чем же заключаются рахитические изменения костного таза? Возьмите препарат таза в руки (рис. 286) и вы убедитесь, что его общий вид значительно разнится от таза нормального. Весь таз кажется уменьшенным в объеме, он низок, он легче весом. Безыменные кости ниже, крылья их стоят более плоско, подвздошные ямы как бы отклонены кнаружи и уплощены. Гребни подвздошных костей утратили свои нормальные вогнутые очертания, они как бы раз-

ворочены, вследствие чего верхнепередние ости менее конвергируют, чем в норме.

Посмотрите на подвздошные крылья на свет: они истончены, в центре даже просвечивают. Лонные кости изменены меньше. Резко выступает лонный гребешок, нередко окостеневший симфизарный хрящ ребром выступает над задней поверхностью симфиза. Лонная дуга полого, ниже нормы. Выход таза более широк, чем в норме, седалищные бугры дальше друг от друга, как бы разворочены (рис. 287). Вход в таз изменен значительно больше. Обычная форма



Рис. 286. Рахитически-плоский таз.



Рис. 287. Расширенный выход рахитически-плоского таза.

верхней структуры таза утрачена. Сильно выдается в нее крестцовый мыс, вследствие чего вход в таз уже не имеет свойственный нормальному тазу вид поперечного овала с легкой выемкой на месте мыса; он деформирован, принял форму почки (рис. 288) и, будучи сужен по прямому размеру, даже расширен в поперечном. Ограничивающая вход в таз дугообразная линия резко укорочена, особенно в ее задней части, образуя тут ясный изгиб под углом. Крестец не только приближен к симфизу, он повернут вокруг своей горизонтальной оси, так что основание его смещено кпереди, а верхушка с копчиком смещена



Рис. 288. Рахитически-плоский таз.



Рис. 289. Сагиттальный разрез рахитически-плоского таза.

кзади. Изменения крестца не ограничиваются его положением, крестец сам по себе обнаруживает типические особенности. Изменена его форма: он укорочен; каждый из составляющих его позвонков ниже, он тоньше, его спинномозговой канал уже, крестец кажется шире нормы. Особенно изменена его передняя поверхность: нормальная вогнутость его отсутствует, передняя поверхность плоская, как доска (рис. 289), иногда на ней выступают ярусами одно над другим возвышения окостеневших хрящевых прослоек, изредка с образованием вто-

рого (ложного) мыса. Последний крестцовый позвонок вместе с копчиком загнут крючкообразно кпереди, будучи притянут кпереди, как вожжами, седилично-крестцовыми связками. Полость малого таза деформирована. Наиболее резко укорочен прямой размер входа (истинная конъюгата) при нормальном или даже удлиненном поперечном размере. В полости таза прямые размеры или нормальные или же даже увеличены, в выходе, вследствие широкой постановки седиличных бугров, поперечник шире нормы, прямой размер обычно также удлинен (подвижность копчика).

Наиболее простое объяснение особенностей рахитического таза сводится к действию на неокрепшие податливые при рахите тазовые поверхности туловища на крестец, на године содежимого брюшной по ости — на таз и бедер — на боковые его отделы снизу (теория давления или статическая). Теория мышечная (или натяжения), особенно поддерживаемая *E. Martin'*ом, объясняет изменения в костях воздействием на них всех мышц, прикрепляющихся к тазу, особенно же *m. psoas* и *m. multifidus*. Наконец, *Breuss'*ом и *Kolisko* выдвинута теория неправильного роста костей таза при рахите.

Практический врач не может вдаваться в тонкости упомянутых теорий, он в повседневной работе видит характерные изменения рахитически плоского таза и учитывает их акушерское значение.

У нашей роженицы для построения плана ведения родов необходимо выяснить особенности таза, а потому мы приступаем к исследованию, сперва ректальному.



Рис. 290. Резкий рахит.



Рис. 291. Рахитическая карлица. Рост 136 см. (Stöckel).

Полость таза пуста. Шейка укорочена, зев пропускает один палец, чувствуется напряжение плодного пузыря. Головка высоко, лишь прижата ко входу. Мыс резко выдается в таз. Крестцовая впадина плоская, передняя поверхность крестца прямая, копчик с верхушкой крестца выдается кпереди крючком, легко отклоняется кзади вследствие подвижности крестцово-копчикового сочленения. Безыменные линии повсюду обвести одним пальцем не удается (10 час. 10 минут).

Ректальное исследование подтвердило наш предварительный диагноз. И раньше, чем построить план ведения родов, спросим себя, на каких элементах базируется диагноз и всегда ли легко его поставить?

Диагностика рахитически плоского таза не должна основываться только на данных пельвиметрии. Собирая анамнез, мы часто получаем ценные указания на бывший в детстве рахит (поздно начала ходить, поздно получила зубы, страдала английской болезнью). У повторнородящих важен акушерский анамнез. Объективное исследование должно начаться с осмотра всего тела: низкий рост, куриная или вдавленная грудь, реберные четки, квадратная голова, рахитические зубы, чрезмерно изогнутые ключицы, утолщение эпифизов (браслеты) на руках, искривление предплечий, искривление позвоночника (сколиоз, лордоз), сильное наклонение таза, искривление бедренных и берцовых костей (*genu valgum*, *genu varum*, саблевидные ноги), укорочение одной ноги, отвислый живот и т. д. (рис. 290 и 291).

Важен осмотр ромба *Michaelis'a*. Соответствующая крестцу площадка, особенно ясно видимая при боковом свете с ее 4 углами (надкрестцовая ямка, две задне-верхних ости и начало ягодичной складки) в норме имеет криволинейную

ромбовидную форму, причем верхний угол располагается на 2,5—3 см выше горизонтали, соединяющей обе задне-верхние ости (рис. 292). Длинник ромба (по *Tridondani*) соответствует величине истинной конъюгаты. В случае рахитического таза мы видим изменение ромба в том смысле, что он укорачивается (размер *Tridondani* становится меньше); в связи с этим надкрестцовая ямка снижается, верхний угол становится тупым (рис. 293) и в случаях начительного уплощения таза верхний угол снижается до горизонтали (иногда даже ниже ее). В таком случае ромб превращается в треугольник. Вследствие западения крестца верхне-задние ости более резко выдаются над поверхностью крестца и вместе с тем несколько сближаются,



Рис. 292. Задняя сторона таза у хорошо сложенной женщины.



Рис. 293. Рахит.

вследствие чего поперечник ромба (размер *Litzmann'a*) уменьшается. Наружная пельвиметрия дает укорочение конъюгаты *Beaude-Loque'a*, уменьшение разницы между размерам остей и гребней с 3 до 2—1 см. В тя-

жайших случаях размер остей больше размера гребней. Наклонение таза увеличено, вульва как бы смещена кзади. Внутреннее исследование обнаруживает ширину и малую высоту лонной дуги, большое расстояние между седалищными и буграми, низкий симфиз с выдающимся кзади симфизарным хрящем, большое поперечное напряжение переднего тазового полукольца, резкий изгиб безыменных линий кпереди от крестцово-подвздошных сочленений, малую высоту тазовой полости, легко достижимый мыс, сглаженную переднюю поверхность крестца, отсутствие обычно глубокой крестцовой впадины, нередко выступающие поперечные гребни и загнутую кпереди крестцовую верхушку с копчиком.

Действительно, в выраженных случаях рахитического уплощения таза, опознавательных пунктов так много, что диагностика трудностей не представляет.

В нашем случае уже анамнез, исследование тела и измерение таза дали нам диагноз рахитически-плоского таза. Ректальное исследование подтвердило его.

Как же быть?

1. Плод, повидимому, большой, несоответствие явное. Показано кесарское сечение, тем более что условия самые благоприятные: воды целы, вагинально роженица не исследована.

2. Хотя мы не имели возможности измерить диагональную конъюгату и вследствие этого не знаем степени сужения таза, все же есть основание рассчитывать на произвольные роды (Henkel-Вастен ровень, родовая деятельность очень энергичная).

Мы не склонны чрезмерно расширять показания к кесарскому сечению при узком тазе, помня, что кесарское сечение — операция далеко не безразличная. Не подлежит сомнению, что в настоящее время кесарское сечение при узком тазе производится слишком часто. У нашей роженицы головка в большом тазу, но сильные схватки прижимают ее ко входу, передняя периферия головки не выступает над площадью симфиза, роды в начале периода раскрытия; возьмем курс на консервативное ведение родов, оставаясь наготове изменить его в случае появления показаний к вмешательству.

15 час. 40 мин. Схватки частые, сильные, головка все так же прижата ко входу. Сердечные тоны слева ниже пупка, ясные.

Per gestum: открытие 2 пальца. Пузырь во время схватки сильно напрягается, в остальном то же.

21 час 30 мин. Родовая деятельность не ослабевает, схватки через 4—5 мин. Сердечные тоны ясные, 130 в минуту.

Решено сделать вагинальное исследование: наружные половые части без особ. вностей. Выделения нормальные. Шейка слгажена. Наружный зев открыт на 3 пальца, легко растянут до четырех. Края его тонкие, податливые. Пузырь напрягается. Головка лишь прижата ко входу. Стреловидный шов вне схватки определяется в поперечном размере таза, одинаковом расстоянии от мыса и от симфиза. Большой родинчик справа, малый — слева на одном уровне. Во время исследования разорвался пузырь, отошли чистые передние воды. Схватки сразу же фиксировали головку во входе. Крестец типично рахитический. Измерена диагональная конъюгата — 10 см.

Вагинальное исследование нам выяснило ценные детали: мы получили точные сведения о предлежании, открытии зева и о конъюгате. Сгибание еще не совершилось. Как пойдет механизм родов, в сторону ли затылочного предлежания или разгибательного — мы не знаем. Зев открыт на 4 пальца, края его очень легко растяжимы. Если бы зев был ригидным, мы бы пожалели о случайном разрыве пузыря; при таких же условиях нас не огорчает. Головка фиксировалась во входе. Это уже большой плюс. Наконец, мы измерили наклонную конъюгату — 10 см. После вычета 1,5—1,75 см, мы получаем предполагаемую истинную конъюгату в 8,5—8,25 см, какова же степень сужения?

Уже давно акушеры делили суженные тазы, независимо от формы сужения, на степени его по величине истинной конъюгаты. Цель подобного деления суженных тазов на группы — решение вопроса, возможно ли самопроизвольное или оперативное родоразрешение через естественные родовые пути или невозможно. Уже *Litzmann* делил суженные тазы на следующие степени:

Первая, самая легкая степень обнимает тазы с *conj. vera* от 9 см и выше. При общесуженных тазах размеры берутся на 0,5 см выше. Роды, как правило, кончаются самопроизвольно.

Вторая степень: *conj. vera* от 9 до 7 см. Роды, чем ближе к нижней границе, тем длительнее и труднее. Самопроизвольное родоразрешение возможно.

Третья степень: *conj. vera* между 7 и 5 см. Роды возможны лишь при условии уменьшения объема плода.

Четвертая степень: при *conj. vera* меньше 5 см роды даже измельченного плода через естественные родовые пути невозможны.

Другие авторы предлагают другие деления. Считаю лишним и нецелесообразным приводить отдельные схемы. Некоторые авторы делят суженные тазы по *mm* истинной конъюгаты на многочисленные степени. Из русских авторов *А. Я. Крассовский* первую степень относительного сужения считает такую, при которой *conj. vera* больше 9,5 см, а вторую — где она колеблется между 6,5 и 9,5 см. *Н. В. Ястребов* пределом абсолютного сужения таза признает длину истинной конъюгаты в 7,5 см, причем различает 2 степени абсолютного сужения: первую с *conj. vera* от 6,6 до 7,7 см, и вторую с *conj. vera* в 6,5 см и меньше. *Е. С. Груздев* наивысшей границей абсолютного сужения считает в плоских тазах с. в. в 6 см, в общесуженных в 6,5 см. Что касается относительного сужения, то он различает 2 степени: границей между этими двумя степенями он считает истинную конъюгату в 8½ см. В монографии *А. Ф. Пальмова* мы находим следующую схему: первая степень — с. в. 10—9,5 см, вторая — 9,4—8,6 см;

третья — 8,5—7,6 см; четвертая — 7,5—6,1 см. Тазы с с. v. в 6 см и ниже считаются абсолютно суженными.

При всех этих делениях не учитывается вовсе ни величина, ни конфигурабельность головки. Исходят исключительно из размеров таза. Вполне понятно, что при настоящем уровне знаний, подобное механическое деление тазов на степени их сужения в смысле прогностики нас не удовлетворяет. Образ действий врача у постели больной не может и не должен определяться миллиметрами истинной конъюгаты, да и то исчисленными не математически точно. Не механическое мышление должно решать поведение врача в родах, а вдумчивое клиническое наблюдение за ходом родов, учет всех многочисленных родовых факторов, точное изучение взаимоотношения таза и головки на протяжении всего родового акта. Все же степени сужения имеют для нас ориентировочное значение. И я думаю, что вовсе пренебрегать их определением мы не должны. Степень сужения важна в совокупности со всеми другими данными акушерского исследования и наблюдения. Практическому врачу важно знать, имеется ли в конкретном случае сужение абсолютное или неабсолютное. При абсолютном сужении нечего рассчитывать на родоразрешение через естественные родовые пути: тут путь один — кесарское сечение. При относительных степенях правильный образ действий врача будет решать не математическая величина конъюгаты, а весь комплекс данных исследований, одним из ингредиентов которого является степень укорочения истинной конъюгаты.

В нашем случае сужение таза относительное. Истинная конъюгата — 8,75 см. Голая цифра сама по себе на наш план ведения родов не повлияет, решающее значение будет иметь наблюдение.



Рис. 294. Головка над входом в таз.

5 июля. 1 час 30 мин. ночи. Роженица утомлена, схватки сильные и очень частые. В остальном перемен нет. Т. — 36,9°. Пульс 84. Мочилась. Мы вприснули под кожу морфия с целью дать отдых роженице. Действительно до 3 час. 30 мин. она спала спокойно. После сна родовая деятельность возобновилась с прежней силой.

Теперь, когда воды отошли и начался тяжкий для роженицы и особенно для плода период изгнания, усилим нашу бдительность. Будем следить за общим состоянием матери, за родовой деятельностью, за состоянием матки, за продвижением головки и, главное, за состоянием плода.

Нет сомнения, предстоит длительное изгнание. Спрашивается, есть ли в нашем распоряжении методы, позволяющие всесторонне проследить механизм родов, т. е. всю совокупность движений плода, поступательных, сгибательных, разгибательных, вращательных? На этот вопрос мы можем смело сказать: да, полную картину нам даст повторное исследование наружное, внутреннее (ректальное) и заменяющие его способы. Ценные сведения дает наружное исследование, точнее 3-й прием Leopold'a (обычно называемый 4-м). Этот прием, как вы видели в одной из предыдущих бесед, дает нам полную возможность оценить степень несоответствия между тазом и головкой (величина, плотность головки, степень ее выстояния над лоном). Исследовать надо не концами пальцев, а всей их ладонной поверхностью, исследовать надо не только головку, но и стенки тазового входа. Не следует сразу проникать концами пальцев вглубь, во вход в таз.

Начинайте пальпировать бережно и нежно, притом значительно выше лона, найдите головку, определите степень ее подвижности, ее величину; вы ясно определите весь шар головки в большом тазу (рис. 294), или же найдете, что нижний полюс его уже вставился во вход (рис. 295). Вам станет ясно, какая часть головки вставилась в тазовой вход, малая ли часть ее или половина шара

или от головки осталось в пределах досягаемости лишь основание ее (рис. 296). Мало того, вы можете определить с одной стороны выпуклость затылка, с другой — костный край нижней челюсти (подбородок), и повторные исследования вам позволят судить о степени сгибания головки, т. е. о степени пригибания подбородка к туловищу плода.

Заслуга *Gauss'a* (1927) в том, что он обратил внимание на значение для ведения родов исследования подбородка. Возражения *Sachs'a* (1927) для меня лично не поколебали убедительности наблюдений *Gauss'a*. В нашей клинике мы давно уже следим за отношением подбородка и его продвижением. *Г. М. Шнолянский* рентгенографически доказал возможность точного определения подбородка при наружном исследовании.

П. И. Рулле (1927), подчеркивая вред и невыгоду повторных внутренних исследований, придает определению подбородка при 3-м (4-м) приеме *Leopold'a*



Рис. 295. Головка вставилась во вход в таз.



Рис. 296. Головка опустилась в полость таза.

большое значение и советует в начале родов отмечать на коже живота местоположение подбородка с тем, чтобы в дальнейшем течении родов, исходя из первоначальной метки, следить за изменением его. Перемещения подбородка дают ясное представление о продвижении головки, сгибательных или разгибательных ее движениях, даже о внутреннем повороте головки. „По детскому подбородку мы можем проследить весь механизм при головных предлежаниях в первой его половине“. Конечно, для этого требуется опыт и опыт не малый, но, ведь, раз дело идет о наружном исследовании, то повторные исследования можно делать без вреда много раз. О внутреннем повороте мы можем судить и по месту наилучшего прослушивания сердечных тонов плода.

В дальнейшем, когда головка опустилась в полость малого таза, повторные ректальные исследования (в перчатках) дают нам полную картину предлежания, сгибания, внутреннего поворота и пр. В то время, когда еще ректальное исследование не пользовалось таким широким распространением, каким оно пользуется теперь, в нашем распоряжении был ряд так называемых заменяющих способов, которые я и теперь рекомендую тем, кто не привык или не хочет исследовать ректально.

Заменяющих способов три:

1. Способ *Piskasek'a*: указательный и средний пальцы правой руки (обернутые марлей) приставляются к латеральному краю правой большой губы и производят давление, как бы желая завернуть эту область за ветвь лунной дуги. Не проникая вовсе во влагалище, пальцы идут вглубь до встречи с головкой. Нужно следить за тем, чтобы пальцы не соскользнули с губы и не попали во влагалище. Головка, стоящая в полости малого таза, определяется через ткани губы; повторяя прием, легко проследить поступательное движение головки.

2. Способ Schwarzenbach'a: роженица лежит на левом боку. Врач стоит за ее спиной и располагает ладонь правой руки на нижней части крестца так, чтобы концы пальцев находились между копчиком и *anus*'ом. Во время пауз концами 4 пальцев медленно проникают в глубь и кверху, нащупывая короткими ударами твердую головку, находящуюся в полости таза или в выходе его. Если головка наибольшей своей окружностью еще не прошла входа в таз, то ее этим приемом определить невозможно.

В своей работе о заменяющих способах (Журн. акушерства и женских болезней, 1923 г., книга 1) я предложил при выполнении приема Schwarzenbach'a производить левой рукой давление со стороны живота, проникая над лоном по направлению тазовой полости: такая комбинированная пальпация дает более точное представление о высоте стояния головки.

3. Способ автора: роженица лежит на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами с приподнятием таза (на постелье). Врач стоит справа от роженицы. Вытянутые пальцы правой руки располагаются (через стерильную марлю) циркулярно вокруг *anus*'а так, чтобы большой палец упирался в промежность на равном расстоянии между спайкой и *anus*'ом, а четвертый—в область задней промежности, между *anus*'ом и копчиком. Вне схватки производят медленное постепенно усиливающееся давление вглубь, по направлению тазовой полости, т. е. навстречу опускающейся головке. Головка, стоящая в выходе таза или в узкой его части, легко определяется этим приемом, стоящая в широкой части полости достигается с трудом.

В своих выводах я отмечаю, что „заменяющие способы“ дают возможность определить, на каком уровне стоит в тазу головка; вполне заменить внутреннее исследование они, конечно, не могут. В периоде изгнания они могут служить методом для наблюдения за продвижением головки.

К изложенному я хочу добавить, что в нашем распоряжении есть еще метод определения степени раскрытия зева без внутреннего исследования путем пальпации живота. Я говорю о методе, предложенном 40 лет назад *Schatz*'ом и подробно описанный в 1914 г. *Unterberger*'ом. Образующаяся во время родовой деятельности борозда на матке—граница между верхним, сокращающимся ее отделом, и нижним, растягивающимся, может быть обнаружена уже в периоде раскрытия. По *Unterberger*'у существует прямая зависимость между высотой стояния этой бороздки и степенью открытия маточного зева. Зависимость эта, по его мнению, выражается в том, что при величине зева в монету 5 марок борозда стоит на 2 пальца выше лона, при стоянии этого кольца на 3 пальца—зев величиною в маленькую ладонь. Высота стояния борозды на 4 пальца и выше над лоном соответствует полному открытию маточного зева. В моей клинике *М. А. Петров-Маслаков* проверил наблюдения *Unterberger*'а. При пустом мочевом пузыре во время схватки определялась высота стояния означенной борозды над лоном. В 46% случаев получилось полное совпадение предполагаемого открытия зева с действительным, в 41% разница была на $\frac{1}{2}$ пальца, в 13% случаев получилось значительное несоответствие между данными наружного и внутреннего исследования. 2 пальца высоты стояния кольца в большинстве случаев соответствовало открытию зева в 2 поперечных пальца. При 4 пальцах открытия и больше борозда стоит на 4 пальца выше лона. Понятно, что в случаях дистоклии (узкий таз, первичная слабость родовых болей) применение метода *Unterberger*'а ненадежно (вследствие перерастяжения нижнего сегмента).

Из этого краткого обзора видно, что при ведении родов мы действительно можем проследить весь механизм родов, отдельные его моменты, темпы следования их друг за другом. Пользуясь усовершенствованными методами наружного исследования в начале периода изгнания, ректальным исследованием в дальнейшем, с заменяющими его способами и, наконец, зрением в конце изгнания, врач-акушер как бы переживает творимую природой планомерную целесообразную работу. В резерве остается вагинальное исследование, к которому врач прибегает при наличии специальных показаний (см. том I, стр. 24).

Но вернемся к нашей роженице. Родовая деятельность, возобновившаяся после морфия с прежней силой (3 часа 30 мин.), к утру начала слабеть.

В 8 час. 30 мин. схватки реже (через 8—10 мин.) и значительно слабее. Температура нормальная. Пульс 80. Головка своей большой периферией прошла тазовой вход. Снаружи определяется ее основание. Сердечные тоны плода без изменений.

Per rectum: открытие зева несколько больше 4 пальцев. Передний край зева отечен. Головка в широкой части полости. Мыс недостижим. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева и спереди, большой справа и сзади, малый ниже большого. Умеренная родовая опухоль. Захождение костей в швах.

Есть ли показания к вмешательству?

1. Период изгнания затягивается. Наступила вторичная слабость родовых болей. Надо поспешить с родоразрешением.

2. Вторичная слабость родовых болей не есть еще абсолютное показание к родоразрешению. К наложению щипцов нет еще условий. Надо ждать.

Длительная работа изгоняющих сил значительно продвинула вперед изгнание плода. Головка в широкой части полости, суженное место головкой пройдено. Малый родничок опустился: сгибание совершилось; стреловидный шов перешел в косой размер: идет внутренний поворот головки. Признаки конфигурации есть. Механизм родов правильный. Есть ли показания к родоразрешению? Правда, роженица утомлена; наступила слабость родовых болей. Но и только; нет ни явлений растяжения нижнего сегмента, ни повышения температуры. Пульс не учащен, выделения чистые. Со стороны сердечных тонов плода изменений нет. Есть ли условия к наложению щипцов? Хотя технически наложение щипцов и возможно, все же лучше воздержаться, потому что зев открыт только на 4 пальца. Если бы условия были все налицо, мы пожалуй бы и решились на операцию, в данный же момент вмешательство мы признаем преждевременным.

Нельзя ли усилить родовые схватки?

Мы дали роженице вина, впрыснули pituglandol. На это мы решились потому, что головка прошла суженный вход, потому что она уже в полости и период изгнания клонится к концу.

Схватки усилились, приняли потужный характер, но лишь на короткое время.

С 12 час. потуги ослабели.

Общее состояние роженицы вполне удовлетворительное. Т. 37,1°. Пульс 88. Явлений растяжения нет. Сердечные тоны плода слева, ниже пупка, ближе к средней линии, 132 в минуту.

Per rectum: головка в широкой части полости, родовая опухоль увеличилась, стреловидный шов в правом косом размере. Края костей черепицеобразно надвинуты один на другой. Зев открыт на 4½ пальца, края его отекают (13 час.).

Повидимому, надежды на самопроизвольное родоразрешение мало. Правда, абсолютных показаний к вмешательству нет. Но утомление роженицы, упорная слабость родовых болей, длительность безводного интервала, отечность краев зева — все это заставляет задуматься и склоняет чашу весов в сторону вмешательства.

14 час. Со стороны роженицы без перемен. Сердечные тоны плода—124 удара в минуту. За час наблюдения прибавилось одно важное изменение: замедлилось сердцебиение.

Теперь мы уже не должны более колебаться, показано родоразрешение и притом неотложное. Единственным способом является, конечно, операция наложения щипцов. Мы наложим щипцы по показаниям, как со стороны плода (замедление сердечных тонов), так и со стороны матери (вторичная слабость родовых болей). Мы наложим щипцы полостные, не вполне типические (внутренний поворот не завершился), и несмотря на то, что не все условия к щипцам даны (нет полного открытия зева).

В 14 час. 20 мин. Роженица лежит на операционном столе, дан наркоз; роженица обычным образом подготовлена к родоразрешающей операции.

Вагинальное исследование: головка в широкой части полости, родовая опухоль достигает linea interspinalis. Стреловидный шов в том же правом косом размере. Малый родничок слева спереди, большой не достигается. Явления конфигурации.

Щипцы Simpson'a должны быть наложены в левом косом размере таза. Оператор, стоя, взяв левой рукой левую ложку и под руководством правой руки ввел ее в левую половину таза к ади в направлении левого крестцово-подвздошного сочленения. Рукоятка передана помощнику. Затем правая ложка введена правой рукой (под контролем левой) в правую половину таза, спереди, в направлении подвздошно-лонного возвышения. Рукоятка легла поверх рукоятки левой ложки. Бо

время введения той и другой ложки контролирующе пальцы следили за тем, чтобы ложки были вводимы между головкой и зевом. Оператор сел. Замыкание совершилось легко, значит ложки легли бипаритетально на головку, по отношению к тазу они легли в левом косом размере. Пробная тракция убедила оператора, что щипцы не соскальзывают. Уже после первых тракций щипцы перешли в поперечный размер таза, пальцем установлено, что стреловидный шов перешел в прямой размер. Во время тракций кайма зева сильно напрягается над ребрами ложек, заправлена пальцем. Тракциями книзу и на себя затылок подведен под лоно, горизонтальными тракциями выведен затылок и теменные бугры. Оператор стал сбоку. Тракциями кверху начато разгибание головки.

Щипцы сняты в обратном порядке: сперва правая ложка, потом левая. Головка выведена по Ritgen-Ohlshausen'у, повернулась лицом к правому бедру матери. Плод извлечен, женского пола в синей асфиксии. Пуговина пульсирует. По прекращении ее пульсации ребенок отделен от матери, вскоре оживлен. Вес 3850 г. Послед отошел через 15 мин., осмотрен, без видимых дефектов.

Началось кровотечение. Массаж матки, эрготин под кожу. Кровотечение продолжается. Ввиду этого после вторичной дезинфекции рук, произведено обследование полости матки: извлечены сгустки и обрывки оболочек. Введены зеркала, низведена шейка, на небольшие боковые надрывы зева наложено справа 2, слева 3 кэтгуттовых шва. Горячий маточный душ. Кровотечение прекратилось. Во входе во влагалище обнаружены боковые разрывы, наложено несколько кэтгуттовых швов. Промежность цела. Швы смазаны иодом. Наркоз прекращен. В пузырь введен катетер: вышло около 20 см³ мочи, без крови. Наружные части обмыты. Матка сократилась хорошо. Родильница перевезена в родильную, оставлена под наблюдением.

В послеродовом периоде субфебрильная температура, два раза повысилась до 38° с десятими (8 июля 38,6°, 9 июля—38,3°). Замедленное обратное развитие матки. Первые дни эрготин под кожу, лед на живот, в течение недели Vitugol Милютиной под кожу. С 14 июля—афебрильная.

20 июля родильница выписалась домой с ребенком.

Интерес случая: 34-летняя повторюбеременная, но первородящая, поступает в начале периода раскрытия. Диагностирован рахитически плоский таз. Истинная конъюгата 8,75 см. Роды решено вести консервативно. При сильных болях головка вступает в полость таза. Наступают вторичная слабость родовых болей и замедление сердечных тонов плода. Наложение полостных щипцов при неполном раскрытии зева. Извлекается плод весом 3850 г в легкой асфиксии. По рождении послета атоническое кровотечение. Обследование полости матки, швы на надрывы шейки. Успешная борьба с атонией. Выздоровление.

Случай 110-й.

С. Г. Д., 36 лет (№ приемного журнала 1843), поступила в клинику 20 ноября 1926 г. в 12 час. 45 мин. в родах.

Краткий анамнез: Д. родилась в большом городе, в рабочей семье. О болезнях своего детства ничего сказать не может. Месячные начала носить с 13 лет, чрез 4 недели, по 3—6 дней, без болей. Половой жизнью начала жить с 23 лет. С 20 лет работает на пивоваренном заводе. До настоящего времени была беременна 6 раз, все беременности прерваны искусственно: 3 раза путем выскабливания, 3 раза бужом. После абортов осложнений не было. Настоящую беременность решила доносить. Последние регулы 1 февраля 1926 г. В начале беременности сильная рвота, прекратившаяся на 4-м месяце. Консультацию посетила. В карточке беременных указания на узкий таз, диагональная конъюгата 10,25 см. Анализ мочи: N. 20 ноября в 8 час. утра начались родовые боли. В полдень роженица отправилась в клинику.

При поступлении: роженица роста ниже среднего (150 см.), умеренного питания, светлая, блондинка. T—36,7°. Пульс 72. Голова большая, зубы рахитические, высокое сводообразное небо. Грудь впалая, воронкообразна. Нижние эпифизы предплечий утолщены (браслеты). Нижние конечности короткие, большеберцовые кости искривлены саблевидно. Живот большой, резко выпячен, овоидной формы. Пупок пузыреобразен. Пигментации почти нет. Полосы беременности мелкие, в умеренном количестве. Дно матки на два пальца ниже мечевидного отростка. Высота дна матки над лоном 38 см. Наибольшая окружность живота 96 см. В дне матки определяются ягоды. Мелкие части не прощупываются. Спинка слева. Над входом баллотирует головка, умеренной величины и плотности. Сердечные тоны плода слева ниже пупка, 144 удара в минуту.

Размеры таза: dist. spin.—25 см; dist. crist.—26 см; dist. troch.—30 см; conj. ext.—18 см; conj. lat.—14 см. Окружность таза 77 см.

Ромб Michaelis'а резко уплощен, надкрестцовая ямка на 1 см над горизонталью. Tridondant 9,5 см. Схватки через 15 минут.

Каковы предварительный диагноз и прогноз?

1. Срочные роды у пожилой первородящей. Первое черепное положение. Рахитический плоский таз. Прогноз сомнительный.
2. О прогнозе говорить преждевременно. Роды вначале. Значительного несоответствия, повидимому, нет.
3. Принимая во внимание пожилой для первородящей возраст, многочисленные аборты в анамнезе и значительное сужение таза—прогноз следует считать серьезным.

Акушерский диагноз поставить не трудно: головное предлежание, повидому, затылочное, первая позиция, суженный таз (рахитический плоский), первый период родов. Что же касается прогностики, то она встречает большие трудности. Окажется ли „суженный“ таз „узким“? Велико ли несоответствие между тазом и головкой? Какова будет конфигурабельность головки? Правильно ли пойдет механизм родов? Будет ли матка, перенесшая 6 аборт, функционально на высоте? Наступят или не наступят столь частые при узком тазе осложнения, как преждевременное отхождение вод, выпадение пуповины или ручки, аномалии вставления? и т. д. На некоторые вопросы может дать ответ тщательное исследование, большую часть их сможет решить лишь наблюдение за ходом родов!

14 часов. Головка баллотирует. Измерим ее тазомером по Ahlfeld'у—12 см. Измерим длинник овоида плода—25 см. Мы предлагаем длину плода в 50 см. Фиксируем головку ко входу в таз, она не выдвигается над площадью симфиза: признак Henkel—Вастена ровень. Справа ясно определяется подбородок, слева — затылок. Подбородок еще не пригнут к груди; сгибания еще нет.

Рег гестум: полость таза пустая. Шейка определяется в виде короткого соска, зев закрыт. Головка вовсе не достигается. Мыс значительно выдвигается в полость таза, книзу от него прямая, как доска, поверхность крестца. Крестцовая впадина не выражена, копчик загнут кпереди крючком. С боков ясно выступают седалищные ости. Выход широкий. Безыменные линии в задних отделах с трудом достигаются.

Ректальное исследование подтверждает диагноз рахитического таза. Диагональную конъюгату мы не можем измерить без вагинального исследования, но она нам известна из карточки беременных—11,25 см. Если это так, то истинная конъюгата предположительно—9,5—9,25 см. Сужение таза относительное. Плод, повидому, средний для доношенного величины. Способность головки конфигурироваться нам неизвестна.

Мы пока не можем ставить определенного предсказания. Будем наблюдать за ходом родов.

До вечера перемен не произошло.

21 час. Схватки через 10 мин. Головка все так же подвижна. Сердечные тоны без изменений. Воды не проходили.

Утром 21-го ноября. Ночь роженица провела спокойно. Схватки давали возможность спать. Несколько раз мочилась. Воды не проходили.

10 час. утра. Схватки через 6 мин. Данные наружного исследования те же, что накануне вечером.

Рег гестум: полость таза пустая. Шейка сглажена, зев открыт на 2 пальца, края его тонкие. Пузырь напрягается. Головка очень высоко.

Идет период раскрытия. Уже прошло 26 час. от начала болей, а зев открыт лишь на 2 пальца. Это нас не удивляет: роженица немолодая первородящая, к тому же в анамнезе 6 аборт.

Как протечет родовой акт? Как пойдет механизм родов? Мы вправе ожидать, что механизм родов пойдет по типу плоского таза. В чем же заключаются его особенности?

По окончании периода раскрытия и отхождения вод начнется период изгнания, и в этом периоде механизм родов будет иметь характерные для плоского таза особенности, впервые подмеченные и описанные *Michaelis'*ом.

Гонимая сокращением матки в направлении тазового входа головка встречает более или менее значительное (в зависимости от степени сужения таза) препятствие. Она прижимается к тазовому входу так, что длинник ее совпадает с поперечником входа. Иначе и быть не может, потому что верхняя апертура таза сужена в прямом и расширена в поперечном размерах. Если сужение настолько велико, что родовые силы не могут протолкнуть головку через тазовый вход, даже при условии ее целесообразной конфигурации, то изгнание не может совершиться и, если не подоспеет во-время помощь искусства (кесарское сечение, тазорасширяющая операция, перфорация головки), то наступает разрыв матки с выхождением плода в брюшную полость. В большинстве же случаев при меньших степенях сужения головка все же вкочлачивается во вход таза, как я уже сказал, стоя стреловидным швом в поперечном размер входа. Стояние его в одном из косых размеров входа встретило бы слишком большое сопротивление со стороны мыса сзади и лонных костей спереди и было бы неудобно. На протяжении долгого времени она стоит в этом положении, приспособляясь к слишком узкому для себя пространству входа. И это „долгое вы-

сокое стояние головки в поперечном размере таза* является первой особенностью механизма родов при плоском тазе.

Второй особенностью является легкое разгибание головки, т. е. стояние головки во входе с опущенным большим родничком. Причина этого типического явления лежит в укорочении истинной конъюгаты. Она слишком коротка, чтобы вместить в себе большой поперечный размер головки (*dist. biparietalis*—9,25 см), каковой размер при нормальных взаимоотношениях между тазом и головкой обычно вступает в *conj. vera* при сгибательном членорасположении головки. Большой поперечный размер головки должен отойти в сторону от прямого размера входа, это и произойдет при легком разгибании головки. При этом, т. е. при повороте головки вокруг своей поперечной оси, в пределы истинной конъюгаты попадает малый поперечный ее размер (*dist. bitemporalis*—8 см), а большой поперечный отводится в сторону. Другими словами, в пределах истинной конъюгаты находится более узкая часть головки, более же широкая задняя часть ее располагается в боковом отделе тазового входа. Разогнутая головка может уместиться во входе в таз, потому что длинник ее 12 см, а поперечник таза, в котором она стоит, имеет в длину 13 см.

Наконец, третьей особенностью механизма вставления является асинклитическое (внеосевое) вставление ее. В беседах 72 и 73 я изложил сущность асинклитизма. Усиленное переднетеменное (негелевское) вставление можно назвать наиболее яркой особенностью механизма при плоском тазе. Задняя теменная кость встречает препятствие в сильно выступающем мысе. Она отстает в своем поступательном движении от передней теменной кости, уплощаясь при этом и заходя в стреловидном шве под переднюю. Эта же последняя, выпячиваясь в тазовой вход, становясь выпуклой, погружается в апертуру входа. При этом, естественно, происходит вращение головки вокруг ее прямой оси (лобно-затылочной), пригибание головки к заднему плечу (том II, рис. 191). Возникновению этого переднего асинклитизма способствует столь обычное при плоском тазе отвисание матки кпереди, вследствие которого ось плода не стоит вертикально на плоскости входа в таз, а, отклоняясь кпереди, принимает косое направление, и головка в результате действия схваток устремляется в направлении крестцового мыса.

При внутреннем исследовании находят стреловидный шов стоящим в поперечном размере входа, значительно ближе к мысу, чем к лону, опущенный большой родничок, стоящий недалеко от средней линии, в то время как малый родничок находят выше и отклонившимся в сторону.

Изложенные три момента и есть особенности механизма вставления при плоском тазе.

Реже наблюдается задний асинклитизм (*Litzmann*'овское заднетеменное вставление (том II, беседа 73.)

Много часов, в некоторых случаях и суток проходит на трудную работу вколачивания головки в суженный тазовой вход. Много времени уходит на приспособление головки к уменьшенному пространству верхней апертуры таза, на усиленную конфигурацию ее.

Но вот узкое место входа пройдено. По наблюдениям *Olshausen*'а, в этот момент часто появляются боли потужного характера, роженица ощущает нередко сильный позыв на низ при пустой прямой кишке и судорожные боли в икрах.

В дальнейшем, после опущения головки в полость малого таза, происходят характерные явления. Стреловидный шов отходит от задней стенки родового канала, принимая срединное положение, быстро происходит сгибание головки, малый родничок опускается происходит внутренний поворот головки, затылок стремится к симфизу, и изгнание совершается как в норме, типически для затылочного предлежания. Эта заключительная часть изгнания совершается обычно очень быстро.

Трудно говорить о продолжительности всего периода изгнания при плоском тазе, она зависит от степени сужения, от величины и плотности головки, от способности ее к конфигурации, от правильности вставления, от силы и эффективности болей, от наличия или отсутствия плодного пузыря, от темпа раскрытия шейки и состояния прорих мягких частей родового канала.

Понятно, что сложный процесс изгнания требует от врача особенного внимания. Врач должен зорко следить за течением родовой деятельности способствуя процессам, ведущим к возможно лучшему завершению родов и, в пределах возможного, предупреждая препятствующие этому, стараясь не вмешиваться, пока нет к тому показаний, и будучи наготове вмешаться, когда грозит опасность матери или плоду.

21 ноября, 20 часов. До вечера схватки частые и сильные. Только-что отошли воды в умеренном количестве, чистые. Головка прижата ко входу, неподвижна, подбородок справа без изменений. Сердечные тоны слева ниже пупка, хорошие. Per rectum: полость таза пустая. Открытие около 3 пальцев, края зева тонкие. Пузыря нет. Головка малым сегментом во входе, без родовой опухоли. Стреловидный шов в поперечном размере, несколько ближе к мысу; последний легко достижим.

Итак, воды прошли при далеко неполном открытии зева. Начался „интервал безводный“. Теперь, одновременно с процессом дальнейшего раскрытия зева, начнется длительный процесс конфигурации головки и вколачивание ее в тазовый вход. А пока есть ли надобность во вмешательстве? Никакой. Раз мы решили вести роды консервативно, мы должны вооружиться терпением и наблюдать за правильностью механизма вставления.

Какие же могут произойти неблагоприятные явления в периоде изгнания? В предыдущей беседе я охарактеризовал влияние узкого таза на течение периода раскрытия и отметил ряд возможных патологических явлений. В периоде изгнания мы также должны быть готовыми к некоторым нежелательным, подчас опасным для жизни матери, явлениям. Если механическое препятствие, встречаемое головкой при прохождении суженного входа очень велико, или если механизм вставления неправилен, то родовые схватки, нарастая в своей силе и продолжительности, могут принять судорожный характер; при непрерывных, судорожных сокращениях матка обхватывает плод длительно, роды останавливаются, плод погибает от асфиксии, присоединяется инфекция содержимого матки со всеми печальными последствиями. Или же наступает растяжение, истончение нижнего сегмента матки, все выше и выше подымается контракционное кольцо; при учащении пульса матери и непрерывных болях в животе выявляется картина угрожающего разрыва матки, и, если не будет оказана рациональная помощь, наступает разрыв матки (см. том II, случай 63).

В других случаях приходится наблюдать иные осложнения: вколотившаяся во вход головка прижимает мягкие части родового канала спереди к симфизу, сзади к мысу. Мягкие части тут подвергаются ущемлению и, если сжатие продолжается долго — узуре и некрозу. Спереди ущемляются стенка влагалища или шейки вместе с нижним отделом мочевого пузыря или уретры, сзади опять-таки стенка влагалища или шейки, на этот раз вместе с прямой кишкой. В результате продолжительного ущемления ткани на ограниченном участке омертвевают, впоследствии в силу демаркации отпадают с образованием свища, спереди — мочеполювого, сзади — кишечнополового. Внимательный врач, наблюдая за периодом изгнания, сумеет во-время распознать грозящую опасность: на нее укажут учащение пульса, повышение температуры, нарастающая отечность шейки и стенок рукава, кровавая моча.

В редких случаях происходит отторжение во время родов еще части шейки, иногда циркулярное. В литературе имеется несколько сообщений об отторжении каймы зева в виде мясистой кольца. Недавно у меня в клинике был случай отторжения всей задней губы зева в родах. У 29-летней повторнородящей (М. А. Х. 31 августа 1928 г., № 11788) еще до прорезывания головки родился кусок ткани, имеющий языкообразную форму, пропитанный кровоизлияниями, темно-красного цвета, длиною в 12 см. После рождения плода осмотром с помощью зеркал установлено, что этот кусок — ампутированная на уровне свода влагалищная часть задней губы, связанная с передней губой слева узким мостиком в 1 см ширины. Передняя губа резко отечна, с кровоизлияниями (*amputatio labii posterioris colli uteri sub partu spontanea*).

Очень опасным осложнением периода изгнания является инфекция. Длительный „безводный интервал“ создает свободное сообщение между полостью матки и просветом влагалища. При живом еще плоде может произойти восходящая инфекция плодного мешка. В одних случаях происходит гнилостное разложение

остатков вод, а в дальнейшем и погибшего плода с образованием гнилостных газов в полости матки (tympania uteri). В случае же инфекции патогенными микробами развиваются явления общего заражения, и роженице грозит гибель от сепсиса.

Несколько слов о „безводном интервале“. Уже давно было известно, что чем дольше интервал „отхождение вод — рождение плода“, тем больше опасность для матери, тем выше заболеваемость после родов и смертность, тем выше процент мертворождений. Еще недавно *Schultheiss* (Базель—1929) на основании тщательного разбора 12500 родов установил, что с удлинением „безводного интервала“, как у неисследованных внутренно, так и у исследованных ректально и вагинально повышается и число лихорадящих родильниц. Это доказывает, что независимо от внутреннего исследования сама длительность „безводного интервала“ таит в себе для матери огромную опасность.

Если изгнание при узком тазе чревато неблагоприятными последствиями для матери, то оно не менее опасно и для плода. К этому вопросу я еще вернусь.

В течение ночи на 22 ноября мы внимательно следили за роженицей. Схватки не прекращались, температура и пульс в пределах нормы. Несколько раз мочилась: моча чистая. Сердечные тоны все время от 130 до 140 ударов в минуту.

Утро, 10 часов. Головка известным сегментом во входе. Из влагалища появились воды, окрашенные меконием. Сердечные тоны 128, ровные.

Per gestum: открытие зева 4 пальца. Головка некоторым сегментом во входе. Стреловидный шов в поперечном размере, ближе к мысу.

Что же теперь делать?

1. Изгнание затягивается. Начинается асфиксия плода. Показано кесарское сечение.
2. Показания к родоразрешению налицо. Показано наложение щипцов.
3. Щипцы слишком опасны. Показано пубитомия.

Роды длятся уже третьи сутки, безводный интервал 11 часов, появились признаки начинающейся асфиксии плода. Несомненно показано родоразрешающее вмешательство. Но какое? Первая мысль — наложить щипцы! Но осуществимо ли это? Головка входа в таз еще не прошла, она стоит только некоторым сегментом во входе; открытие зева далеко не полное. Щипцы будут высокие, придется, наложив их, преодолеть препятствие, протаскать головку через суженное место. И это у немолодой первороженицы при неподготовленных мягких частях! Нет, мы должны отказаться от мысли наложить щипцы. Рациональнее кажется мысль устранить самое препятствие тазорасширяющей операцией. Перепилив лонную кость путем операции пубитомии, мы расширим тазовой вход, головка сразу же опустится в полость малого таза, а там, если еще будут явления асфиксии, будет легко извлечь ее щипцами. К сожалению наша роженица первородящая, мало того, она немолодая первороженица. А у первородящих я считаю пубитимию абсолютно противопоказанной по причине сопряженных с ней тяжелых травм мягких родовых и мочевых путей.

Остается брюшностеночное кесарское сечение! Оно будет в данный момент операцией выбора!

Мы предложили роженице операцию „через живот“. Она категорически отказалась. Несмотря на наши разъяснения, что операция необходима для спасения ребенка, мы согласия на операцию не получили. Что же осталось делать? В данный момент в опасности только плод, матери ничего пока не угрожает. Не делать же перфорацию живого плода! Остается ждать!

Весь день схватки частые и сильные. За день головка опустилась в широкую часть полости малого таза.

В 23 часа. При 3-м приеме определяется лишь основание черепа. Сердечные тоны 120 ударов в минуту, глуховаты, слева ниже пупка, ближе к средней линии.

Per gestum: головка в широкой части полости, значительная родовая опухоль. Стреловидный шов все еще в поперечном размере с некоторой наклоном перейти в правый косой. Зев открыт на $4\frac{1}{2}$ пальца.

Мы решили утомленной роженице дать отдых, вприснули под кожу морфия (0,01).

23 ноября, 8 часов. После недолгого морфинного сна схватки возобновились. Температура и пульс нормальны. Сердечные тоны 120—116, ровные. Явлений растяжения матки нет.

13 часов. Схватки значительно реже и слабее, пульс роженицы 100, температура—37,7°.

Показано ли теперь вмешательство?

1. Да, повышение температуры, учащение пульса матери, наступившая слабость болей и асфиксия плода диктуют родоразрешение.

Собственно говоря, показания к вмешательству появились уже давно, при первых проявлениях асфиксии мы предложили кесарское сечение, но должны были отказаться от операции, не получив на нее согласия роженицы. И если вчера показания к окончанию родов исходили от плода, то сейчас имеются показания со стороны матери.

Мы должны сделать вагинальное исследование и, если условия к наложению щипцов будут даны, мы должны наложить щипцы. Но вместе с тем мы должны учесть, что шансы на получение живого младенца невелики и, если он погибнет во время тракций, мы должны будем перейти к краниотомии. О возможности потерять ребенка мы предупредили роженицу.

В 14 час. — операция. Роженица лежит в наркозе на операционном столе. Операционное поле обеззаражено, моча выпущена. Исследование per vaginam: зев открыт на $4\frac{1}{2}$ пальца, края его тонкие. Головка в широкой части полости, покрыта большой родовой опухолью, доходящей до уровня седалищных остей. Стреловидный шов в поперечном размере, с еле заметной наклонностью к правому косому. Слева малый родничок, большой не достигается.

Щипцы наложены в левом косом; левая ложка влево и кзади, правая вправо, переведена путем странствования кпереди. Замыкание ложек удалось легко. Между рукояток заложена пеленка. Пробная тракция удовлетворительна. Кайма зева запроважена за головку. Первые тракции вниз и на себя: головка начинает ротировать, щипцы переходят в поперечник таза; при следующих тракциях щипцы перешли в правый косой. Контроль пальцем убедил, что стреловидный шов стоит в прямом размере. Горизонтальными тракциями затылок подведен под лонную дугу и выведен. Ввиду неподатливости высокой промежности — сделана перинеотомия. Оператор стоит сбоку, головка стала легко разгибаться. Щипцы сняты. Головка выведена по Ritgen-Olshausen'у. Извлечен плод, мужского пола, в белой асфиксии. Пуповина не пульсирует. Сокращения сердца редкие. Немедленно младенец отделен от матери, передан помощнику для оживления. Несмотря на принятые меры оживления в течение $2\frac{1}{2}$ часов оживить его не удалось. Вес ребенка 3600 г, длина 50 см.

Через час после рождения плода началось кровотечение, послед оказался отделившимся, выжат по Среде, осмотрен: без дефектов. Матка хорошо сократилась. Осмотрены промежность и вход во влагалище: на боковые разрывы в области клитора наложено 3 катгутовых шва. Операция закончена зашиванием рассеченной промежности. Выпущена моча — без крови.

Роженица переведена в родильную, где оставлена под наблюдением. Продолжительность родов 78 часов.

Течение послеродового периода гладкое.

Родильница выписалась 6 декабря без ребенка.

Итак роды закончились для плода катастрофой. Можно ли было спасти ребенка? Несомненно; если бы при первых появлениях внутриутробной асфиксии сделать кесарское сечение, мы бы его извлекли живым. Не получив согласия на родоразрешение через живот, могли ли мы сразу же разрешить через естественные родовые пути? Нет, пубитомия была противопоказана, к щипцам не было еще условий. Мы ждали, и когда появились еще показания со стороны матери и условия к наложению щипцов были мало-мальски даны, мы родоразрешили. Младенца оживить не удалось.

И вот напрашивается целый ряд вопросов: когда он погиб? Отчего он погиб? Не от самой ли операции щипцов? Были ли приняты правильные меры к его оживлению? и т. д.

Разрешите остановиться на некоторых соображениях.

Вес нашего младенца 3600 г. Для первородящей с плоским тазом это много. Владыкин на материале Отзовского института определил, что средний вес плода при нормальном тазе равнялся 3280 г, а исключая детей ниже 2000 г весом — 3400 г. Средний вес плода при узком тазе, по Пальмову, — 3153 г. Наибольший вес дал простой плоский таз — 3229 г; далее следует плоский рахитический — 3105 г, общесуженный — 3032 г и общесуженный плоский — 2904 г. Далее интересно, что чем уже таз, тем меньше ребенок. „Падение веса плода идет параллельно с нарастанием сужения“. Якобсон нашел, что уменьшение веса плода при увеличении сужения таза сказывается во всех тазах, независимо от их характера, причем более рельефно это выражено у первородящих. Однако и при выраженном сужении таза встречаются, как известно, крупные, т. е. в 3500 г и выше, плоды.

Следует отметить, что обычно вес плода у многорожавших выше, чем у первороженниц.

Высший вес самопроизвольно рожденного плода у *Сипу*—4900 г (при *conj. vege*—8,75 см), у *Пальмова*—5000 г (плоский таз с *conj. vege*—9,8 см).

Наименьшим размером с. в. в случаях самопроизвольных родов доношенным плодом у *Ремат*'а было 7 см; у *Sellheim*'а—8 см; у *Пальмова*—7,5 см (вес плода 3150 г) у *Федорова* 7,25 см (вес плода 2700 г), у *Якобсона* 7,5 см (вес плода 3080 г). *Scipiades* не видел самостоятельных родов зрелым плодом при с. vege ниже 8 см (цит. по *Пальмову*).

Каково же вообще предсказание операции щипцов для детей при узком тазе?

Трудно оценить опасность операции щипцов для детей потому, что значительное число операций производится по поводу асфиксии внутриутробного плода. Эти дети уже до операции настолько сильно пострадали, что самая операция является лишь маленьким довеском на чаше весов. В конкретном случае нередко трудно сказать, какая травма является причиной гибели плода, сама ли по себе родовая травма или травматизация щипцами. Существует необозримое количество статистик смертности детей после операции щипцов. Если посмотреть на статистику 19 авторов, составленную *Sontag*'ом, то видно, что процент смертности колеблется в пределах от 4,7 (*Glaser*) до 38,5 (*Michaëlis*). Клиника *Winter*'а в первой серии (*Gans*—562 случая) дает общую детскую смертность при щипцах в 12,45%, за вычетом умерших впоследствии детей 10,92%, вторая серия (*Schmarsov*—500 случаев)—9,2%. Смертность детей у *Попова*—9,3%, у *Федорова*—23,4%, у *Пальмова*—13,9%, *Welz*'а (1926)—2,52%.

Какие же повреждения могут быть нанесены щипцами плоду?

Вредность щипцов сводится к давлению на мозг, повреждениям костей черепа и внутрочерепным кровоизлияниям.

Если бы щипцы были инструментом идеальным, т. е. влекущим головку без малейшего на нее давления, то повреждения головки было бы редкостью. К сожалению, влечение без давления невозможно, и последствия давления будут тем больше, чем больше влечение встречает сопротивления, чем больше оператор сжимает рукоятки. Правильным расположением ложек на головке, правильными тракциями, минимальным потребным сжиманием рукояток опытный врач может свести давление на головку к минимуму, в то время как неопытный врач может при неловкой или грубой технике нанести головке жестокие повреждения. К легким повреждениям относятся слушивание кожи, отечность кожи между ветвями ложек, узуры кожи, подкожные кровоизлияния. Нередко следы давления ложек ведут к ограниченному некрозу ее и открывают ворота инфекции, изредка смертельной. При соскальзывании ложек наблюдались отрывы участков кожи или ушной раковины.

Головная опухоль (*caput succedaneum*) достигает иногда при узком тазе необычайно больших размеров. Нередко образуется кефалгематома (кровяная опухоль), т. е. кровоизлияние между перикостом и костью. Эта опухоль чаще располагается на одной из теменных костей, дает флюктуацию, продолжает нарастать еще в течение нескольких дней после родов и медленно рассасывается, причем вокруг ее основания остается валик из костной ткани. Не всегда можно избежать парезов и параличей нервов. Они являются последствием давления на нервный ствол при непременном условии твердой под ним подкладки. Наиболее часто наблюдаются параличи лицевого нерва (у *Gans*'а—40 раз на 500 щипцов). Они дают всегда хорошее предсказание. Эрбовские параличи встречаются значительно реже; при передне-головных предлежаниях верхушки ложек могут произвести давление на *plexus cervicalis*, в редких случаях в комбинации с односторонним параличом п. *phrenici*. Вдавление костей черепа, переломы их всегда являются последствием чрезмерного сдавливания головки реже в бипариетальном, чаще во фронтотокципитальном размере. В последнем случае одна ложка может раздробить лобные кости, другая, смещая чешую затылочной кости внутрь черепа, оторвать ее от основной части кости, даже с разрушением продолговатого мозга в большой затылочной дыре. Мне самому пришлось пережить случай смертельных переломов затылочной и лобных костей

щипцами Tarnier при узком тазе. С тех пор я щипцов Tarnier не накладываю вовсе.

Lomer (цит. по *Winter'y*) среди 27 переломов черепа нашел 5 раз переломы теменной кости, 5 раз отрыв чешуи затылочной кости, 10 раз переломы лобных костей, 6 раз разрывы стреловидного и 6 раз разрывы ламбдовидного шва. Самым опасным следствием переломов и разрывов являются разрывы венозных синусов, причем в то время как большой мозг еще может противостоять кровоизлияниям, последние в основании мозга всегда смертельны.

Уже смещение черепных костей (без переломов) может дать разрыв синуса. Так при чрезмерном смещении теменных костей в стреловидном шве может разорваться *sinus sagittalis superior*.

Наиболее опасны разрывы *tentorii cerebri* (односторонние или двусторонние). Из поврежденных *vena cerebri* (*Galen*), *sinus transversus* или *sinus petrosus superior* кровь стекает в заднюю черепную яму и ведет к смертельному сжатию продолговатого мозга.

При высоких щипцах наблюдаются и повреждения глазных яблок или глазниц.

Wolff сообщает о 93 случаях повреждения глаз при щипцах: 19 переломов глазницы, 18 вывихов или даже вырываний глазного яблока, 12 случаев экзофтальма.

Этот обзор повреждений, возможных при операции щипцов, еще и еще раз заставляет нас вспомнить, что щипцы могут быть инструментом благотельным, но при случае и очень опасным, особенно при наложении их на высокостоящую головку при узком тазе, в руках врача неопытного или оперирующего торопливо, грубо, с применением излишней силы. Тут, как нигде, следует вспомнить старое правило для акушерских операций: *Non vi, sed arte!*

Не лишне спросить, какова же судьба детей, родившихся с помощью щипцов и избежавших при этом смертельных повреждений?

Щипцовые дети могут еще в первые дни своей жизни стать жертвой перенесенного ими сдавления мозга или нарастающего внутричерепного кровоизлияния.

Если же они перенесли первую неделю хорошо, то, как правило, они в дальнейшем не обнаруживают никаких дурных последствий перенесенной операции.

Rahmann обследовал 66 щипцовых детей и нашел спустя несколько лет только у 3 заболевания, которые могут быть поставлены (и то с натяжкой) в связь с родами (1 случай эпилепсии, 1 случай менингита, 1 случай судорог). *Gans* среди 70 щипцовых детей нашел лишь одну умственно отсталую девочку. 4 случая эпилепсии не могут быть поставлены в связь со щипцами, так как именно у них операция была очень легкая. *Hannes* доказал, что у щипцовых детей эпилепсия и психические расстройства встречаются не чаще, чем после естественных родов. *A. Seitz* на материале 175 щипцовых детей установил, что процент органических и функциональных нервных и психических заболеваний не превышает обычного.

Per Wetterdal обследовал 2000 щипцовых и 2000 естественно родившихся детей и не мог установить заметной разницы в смысле психики и соматического их состояния.

Недавно *Krukenberg* (Бонн — 1930) обследовал 834 щипцовых детей и нашел очень небольшой процент отдаленных неблагоприятных последствий: для выходных щипцов — 0,13%, для полостных — 1,4%, для высоких — 1,9%. Он подчеркивает, что в конкретном случае невозможно решить, что повлияло неблагоприятно на плод: сама ли операция щипцов или чрезмерно длительное изгнание.

Все эти данные доказывают, что щипцы, несмотря на опасности, которые они таят в себе при неправильной установке показаний, неправильной технике или в руках неумелого врача, все же есть и останутся инструментом полезным, принесшим неисчислимо благо матерям и спасшим жизнь большому числу детей. И врач, пользующийся ими, должен всегда помнить, что в его руках инструмент, посредством которого он может и сохранить здоровье и жизнь матери и ее ребенка и нанести обоим смертельные повреждения.

Пользуясь случаем остановиться на актуальном вопросе о „родовой травме“. Ошибочно думать, что новорожденный подвергается травме только при оперативном родоразрешении. И самопроизвольное изгнание может повлечь за собою те или иные повреждения головки плода и ее содержимого. *Schwartz* (1929) нашел у новорожденных кровоизлияния, макроскопически едва видимые, точечные или лучеобразнорасположенные. Травма в родах распространяется на сетчатку глаз (*Stumpf*), на внутреннее ухо и аппарат равновесия (*Voss, Berberich—Wieloch*).

Каким же образом сам по себе физиологический акт родов превращается в тяжелую патологию для новорожденного? Причина внутрочерепных кровотечения есть разница давлений (*Abels*). Внутриматочное давление на высоте схватки равняется 80—120—250 мм ртутного столба; часть головки, находящаяся вне матки, стоит в это время под давлением соответственно меньшим, т. е. под нормальным давлением. Эта разница давления лежит в основе образования родовой опухоли, кефалгематомы, отека и кровоизлияний внутри черепа.

Мой сотрудник *М. Д. Гутнер* поставил большой ряд опытов на морских свинках, воспроизводя в условиях эксперимента то неравномерное давление, которому подвергается плод в родах. Опыты его с полной убедительностью доказали, что одновременно с началом действия разницы давления начинается подъем кривой внутрочерепного давления (в безводном интервале), причем это повышение совершенно не зависит от того, имеется ли сдавление головки родовыми путями или нет. Одновременно с этим замедляются сердечные удары (подготовительные упражнения нервных центров): повышение внутрочерепного давления влечет за собою раздражение *n. vagi*. Параллельно с „неравномерным“ давлением головка испытывает „шнурующее“ давление. Под влиянием пережимающегося неравномерного давления получается быстро проходящий застой крови, под влиянием же „шнурующего“ давления этот застой делается длительным, стойким и распространенным.

Младенец в родах стоит на грани патологии. Если сопротивляемость организма не на высоте, в силу ли наследственных, конституциональных влияний или просто в силу его незрелости, наступают те разнообразные повреждения тканей и органов, преимущественно сосудисто-нервной системы, которые объединяются под общим названием „родовой травмы“.

Одним из проявлений родовой травмы являются мозговые кровотечения. Образующаяся под влиянием шнурующего давления конфигурация головки, захождение теменных костей, сдавление *sinus falciformis* создают застой в легко травмируемых поверхностных венах твердой мозговой оболочки. Во время схватки застой делается более значительным и распространяется уже на все вены, как поверхностные, так и глубоко расположенные. Создаются длительный престааз и стаз, которые могут сопровождаться не только кровоизлияниями *per diapedesin* и *per rhexin*, но и трапсудацией плазмы крови. Давление, которое при застое создается в *sinus rectus*, является самым большим во всем черепе. Участками, наиболее угрожаемыми в смысле замедления тока крови, являются области разветвления *venae magnae Galeni*, и понятно, почему типичная локализация интрацеребральных геморрагий—это *striae terminales*, снабжаемые конечными ветвями *venae magnae Galeni*. Влияния шнурующего и пониженного давления разграничить нельзя, так как они действуют совместно, взаимно усиливая и дополняя друг друга. Существуют травматические повреждения, где нет видимых анатомических проявлений травмы, где нет ни разможжения мозгового вещества, ни повреждения черепных покровов. Это—повреждения без заметных изменений в структуре мозга, когда последний подвергается острому кратковременному воздействию насилия (*commotio cerebri*).

Асфиксия усиливает то расстройство циркуляции (стаз, престааз), которое создается в сосудах предлежащей части под влиянием травмирующего воздействия родовых сил и понижает тонус сосудистой стенки. При наличии асфиксии даже незначительная травма может легко вызвать тяжелые повреждения в родах. Внутрочерепные кровотечения должны быть рассматриваемы как результат известной комбинации условий, среди которых постоянными являются комбинированное действие двух моментов: неравномерного и шнуру-

ющего давлений. Дополнительными условиями являются понижение работоспособности сердца, легкая разрываемость сосудов, расстройство плацентарного газообмена (*Гутнер*).

Если узкий таз оказывает, как вы видели, неблагоприятное влияние на жизнь и зрорье плода, то и для матери он имеет серьезное значение. Опасности, грозящие матери, проистекают, с одной стороны, из механического повреждения тканей и органов, с другой — из инфекции родовых путей. В случаях абсолютного сужения таза, в случаях непреодолимых препятствий вследствие ли аномалий вставления или чрезмерной для данного таза величины головки, матери, особенно повторнородящей, грозит разрыв матки с его губельными для матери последствиями (перитонит, смерть). Но и при родоразрешении естественным путем роды при узком тазе могут нанести ущерб здоровью матери в виде ущемления, сдавливания, некротизации мягких частей ее родового канала, отторжения влагалищной части, узур стенок шейки или влагалища, с их последствиями — образованием мочевых или каловых свищей. Но не только мягкие части могут быть объектом родовой травмы; в не столь редких случаях наблюдаются разрывы сочленовных связок тазовых сочленений, расхождение симфиза, повреждение крестцово-подвздошного сочленения, крестцово-копчикового. Наконец, раннее отхождение околоплодных вод, чрезмерная длительность периода изгнания ведут к инфекции родовых путей, причем, как вы уже видели, опасность инфекции пропорциональна продолжительности „безводного интервала“.

Общая прогностика родов при узком тазе омрачается еще частотой оперативных вмешательств при них. Процент щипцов при узком тазе у разных авторов, конечно, различный. Процент типических щипцов при узком тазе колеблется между 2,5 и 6,4 (русские авторы *Попов* — 2,6%, *Пальмов* — 4,3%, *Якобсон* — 6,4%); процент высоких щипцов между 0,8 — 15,0% (русские авторы *Попов* — 0,5%, *Якобсон* — 5,5% *Пальмов* — 8,1%) всех случаев узких тазов.

Понятно, что с одной стороны процент повреждений матери выше при оперативных родах, чем при самопроизвольных, с другой, что оперативное вмешательство небезразлично в смысле возможности занесения инфекции.

Операция щипцов сама по себе наносит повреждения, нередко тяжкие, а с этой травмой связаны и усиленная кровопотеря и пониженная сопротивляемость организма против инфекции. Врач должен знать, какие повреждения могут нанести щипцы, должен знать, как их привести к полному заживлению, потому что в случае незаживания они часто являются этиологическими моментами различных заболеваний, ведущих к понижению трудоспособности, и влекут за собой нарушение детородной функции женщины. В смысле повреждений щипцы особенно опасны первородящим. Травма может быть нанесена в каждый любой момент операции (*Winter*). Уже при введении ложек возможны разрывы стенок влагалища, нарушение целостности сводов, нижнего сегмента матки, захватывание краев зева; при замыкании — ущемление спайки губ; при извлечении головки — разрыв шейки влагалища, леваторов, клитора, губ и промежности всех степеней. Причиной этих разрывов нередко является ригидность тканей, в большинстве же случаев поспешность извлечения, ротирующие движения, неправильные тракции (*Winter*).

Разрывы влагалищной части обычно располагаются по бокам и распространяются в своды, а нередко в околоматочную клетчатку. При этом в разрыв могут быть вовлечены даже маточная артерия и мочеточник. Наблюдались и отрывы частей шейки, особенно если зев был захвачен щипцами или если они уже были узурированы ущемлением между головкой и костями таза. Разрывы влагалища наблюдаются или в верхней трети, стоящие в связи с разрывом шейки, или в нижней трети, сопряженные с травмой тазового дна. Я видел случай тягчайшего ранения влагалища сверху донизу ротирующими тракциями с обширным повреждением паракольпия. Ранение передней периферии входа во влагалище и клитора происходят обычно при выведении головки в щипцах, когда разгибание делается преждевременно или мягкие части недостаточно спущены с рождающегося затылка.

На разрывах промежности я останавливаться не буду: они известны. Каждый разрыв промежности, от мала до велика, подлежит тщательному зашива-

нию. Очень важно, что часто при разрывах промежности, а нередко и без них, происходит нарушение целостности леваторов. При этом или надрывается его свободный край и разрыв продолжается в глубь мышцы, или же ножка леватора отрывается от места прикрепления к костям. Диагностика трудна, иногда невозможна. Главная профилактика: медленно, бережно извлекать! Щадить тазовое дно! Нечего и говорить, что последствием разрывов леватора является выпадение на почве функциональной недостаточности тазового дна.

Реже случаются повреждения пузыря и уретры. В другом месте я упоминал случай поперечного отрыва уретры от пузыря. Мочевой пузырь подвергается травме особенно при неумелом наложении щипцов Kjelland'a. Интересны повреждения нервных стволов, идущих в виде *rami communicantes* от поясничного сплетения к седалищному и перегибающихся через безымянную линию, лежа на кости. Тут они подвергаются сдавлению головкой или ложками щипцов. Последствием травматизации их является паралич *m. peronei longi et brevis*. Я видел всего один случай паралича этих мышц после самопроизвольных родов. Наконец, возможны повреждения костного таза. Имеется ряд сообщений о разрывах симфиза и крестцово-подвздошного сочленения. Расхождение симфиза наблюдалось и при самопроизвольных родах, чаще — при оперативных. Сборная статистика *Stumpf'a* обнимает 124 случая повреждения таза, в 95 случаях роды были оперативные, в 29 — самопроизвольные. Хронические воспалительные процессы в суставах таза и бедер, остеомаляция, рахит и кариес костей являются, по мнению *Stumpf'a*, предрасполагающими моментами при нарушении целостности тазового кольца. Наибольшую же роль в этиологии подобных случаев он отводит узкому тазу, чрезмерной величине ребенка и неблагоприятному вставлению головки. Узкий таз отмечен в 77,6%, а чрезмерная величина ребенка 11,6% случаев повреждений тазового кольца (цит. по *Георгиевскому*).

При расхождении симфиза может надорваться связочный аппарат крестцово-подвздошного сочленения. Эти повреждения распознаются по упорным болям в этой области в послеродовом периоде.

В случае анкилоза копчика может произойти перелом его. Я видел такой случай: при трудном извлечении щипцами произошел отлом копчика от верхушки крестца, что сопровождалось заметным хрустом (см. ниже).

Если родовой акт вообще имеет свою, к счастью ничтожную, смертность, то роды при узком тазе тем более.

Я не хочу здесь приводить данные бесчисленных статистик. Приведу несколько цифр.

Общая смертность после родов при узком тазе по данным *Winter'овской* клиники (*Gans*)—3,02%, у *Frankenstein'a*—6,25%, у *Schick'a*—4,7%, у *Winternitz'a*—7,3%, у *Schulz'a*—7,5%. Материнская смертность после типических щипцов у ряда авторов равна 0 (*Понов, Jamasaki, Cunu, Peham, Bürger*). Из 43-х случаев материала Оттовского института погибла одна больная (от случайного обстоятельства). У других авторов смертность выше (*Gaus*—0,18%, *Frankenstein*—0,33%).

При высоких щипцах смертность значительно выше: если у некоторых авторов (*Понов, Конопка, Jamasaki, Scipiades, Пальмов*) она еще равна нулю, то у *Bürger'a* высокие щипцы дают уже 1,3% материнской смертности, у *Wolff'a*—1,4%, у *Baisch'a*—4,2%, и у *Peham'a*—2,5%.

Нечего и говорить, что при щипцах, особенно высоких, % повреждений и послеродовой заболеваемости также выше, чем при родах произвольных.

Приведу несколько цифр из поучительной монографии *А. Ф. Пальмова*:

Процент повреждений (включая перинеотомию) при произвольных родах был 21,3%, после типических щипцов—67,4%, при высоких щипцах—45%.

Процент лихорадочных послеродовых заболеваний и после произвольных родов—12,4% (редуцированных 11,7%), после типических щипцов—23,2%, после высоких щипцов—32,8%.

Приведенные примерные цифры служат нам лишним моментом для осознания важности значения узкого таза в патологии родов и серьезности операции щипцов при этой патологии родового акта. А потому каждое оперативное вмешательство должно иметь свои строго обоснованные показания, а операция щипцов особенно. Без показаний нет операции.

„Чем меньше щипцов, тем лучше для матерей и детей“ (*Jaschke*). „Лучший акушер тот, кто умеет обходиться минимумом операций и вмешательств“ (*Labhardt*).

Интерес случая. 36-летняя первородящая, имеющая в анамнезе 6 абортов, поступает в начале периода раскрытия. Распознается рахитический плоский таз, затылочное предлежание. Решено вести роды консервативно. Воды отходят при открытии зева на 2 пальца. После 11 часов безводного промежутка появляются признаки асфиксии плода. На предложенном в интересах плода кесарском сечении согласия роженицы не получено. В дальнейшем наступает вторичная слабость родовых болей и повышается температура. Ставятся показания к родоразрешению в интересах матери и плода. Наложение полостных щипцов при неполном открытии зева. Перинеотомия. Извлекается плод в белой асфиксии, оживление не удается. Вес плода 3600 г. Продолжительность родов 78 часов. Послеродовой период без осложнений.

Случай 111-й

М. А. К., 26 лет от роду, белошвейка (№ приемного журнала 5455), поступила в клинику 24 января 1929 г. в 1 час 35 мин. в родах.

Краткий анамнез. Про свое детство К. может только сообщить, что она росла в бедной семье и много хворала. Уже в школьном возрасте ей пришлось помогать родителям шитьем. В периоде полового созревания она поступила белошвейкой на фабрику, где и работала по настоящее время. Менstrуальные начала носить с 17 лет, через 5—6 недель по 2 дня. На 22-м году вышла замуж. Первая беременность закончилась преждевременными родами (около 7 мес.) Младенец умер на 20-й день. Вторые роды были также преждевременные, было выпадение пуповины, недоносок родился мертвым. Настоящая беременность третья. К. не помнит ни времени последней менструации, ни срока первых движений плода. Беременность протекала без особенностей, только за последний месяц стало трудно ходить. Консультацию посещала акуратно, она знает, что у нее узкий таз. Беременность свою считает доношенной.

В ночь на 24 января, около часу, начались боли, одновременно отошли воды в большом количестве. Предупрежденная в консультации, К. немедленно отправилась в клинику, куда и прибыла в 1 час 35 мин.

Из приемного покоя роженицу принесли на носилках; в родильной, когда она встала, всех окружающих поразило ее маленький рост—131 см. Брюнетка. Отмечаются: несоответственно росту большая голова, „браслеты“ на руках, реберные четки, слишком короткие ноги. Голені искривлены кпереди („саблевидные ноги“). Других деформаций на костях нет. Живот большой, отвислый.

Окружность его 98 см. Пупок резко выпячен. Сильная пигментация груди и средней линии живота. Полосы беременности скудные. Резко выражена поперечная борозда над лоном. Матка овоидной формы, высота ее дна над лоном—37 см. В дне прощупываются ягодицы, спинка слева, мелкие части справа. Над входом в таз большая баллотирующая головка, отклоненная вправо. Затылок слева, подбородок справа и кпереди. Сердечные тоны выслушиваются слева на уровне пупка.

Размеры таза: dist. spin. — 25 см; dist. crist. — 26 см; dist. troch. — 30 см; conj. ext. — 17 см; conj. lat. — 13 см. Окружность таза — 70 см.

Ромб Michaelis'a резко изменен и представляет собою треугольник с запавшим основанием. Размер Tridondani — 8 см. Задне-верхние ости сближены: размер Litzmann'a—7 см. Схватки слабые и редкие. Роженица положена на правый бок. Я увидел роженицу и узнал ее: 2 недели назад я ей измерил наклонную конъюгату, она оказалась 9 см.

Каков диагноз? Какова должна быть терапия?

1. Срочные роды при рахитическом плоском тазе. Преждевременное отхождение вод; косое положение плода. Показано кесарское сечение.

2. Абсолютного сужения таза нет. Плод подвижен. Показан поворот на ножку.

Вид роженицы (рост, ноги, голова, отвислый живот), размеры таза, ромб Michaelis'a настолько характерны, что диагноз рахитического плоского таза напрашивается сам-собой. Акушерский анамнез имеет лишь относительную ценность: предыдущие роды были все преждевременные. Настоящие роды срочные: за это говорят величина живота, выпяченный пупок, объем плода, крупная головка. Плод лежит косо, головка отклонена в правую подвздошную ямку. Воды отошли в момент начала родовых схваток. Все это ясно, но раньше чем построить план ведения родов, нам нужно ознакомиться со строением таза, со степенью сужения, со степенью несоответствия между тазом и головкой.

8 час. 10 мин. Схватки через 8 мин. Головка имеет тенденцию отходить вправо. Мы ее фиксировали пальцем: передняя ее окружность резко выступает над симфизом — признак Henkel-Vastena положительный. Понемногу истекают чистые воды.

Per gestum: полость таза пустая. Крестец сильно приближен к симфизу. Мыс резко нависает кпереди („мезонимом“). Передняя поверхность крестца деформирована, с поперечными выступами. Копчик загнут крючком кпереди. Крестцово-подвздошные сочленения далеко, обвести пальцем безмянные линии в задних их отделах не удастся. Симфиз низкий. Лонная дуга угадывается широко. Шейка укорочена, канал ее вмещает кончик пальца. Головка еле достигается только после фиксации ее снаружи руками помощника. Произведено вдавливание ее снаружи по Peter Müller'y: контроль per gestum убеждает, что она в тазовой вход не вдавливается.

Теперь у нас данных больше. Несоответствие явное (признак Henkel-Вастена положителен, признак Peter Müller'a с контролем *per rectum* отрицателен). Измерим еще плод по Ahlfeld'y: длинник плодового овоида 26 см, размер головки справа налево—12 см. Головка большая, плотная. Боковая конъюгата 13 см. Мы не видели на нашем материале родов через естественные родовые пути при боковой конъюгате в 13,5 см и ниже.

Возьмем ли мы после этого курс на консервативное ведение родов? Нет, ни в коем случае. Даже если бы головка не отклонялась в сторону! Несоответствие слишком явное, чтобы идти на роды через естественные родовые пути. Таз не только резко сужен, он явно слишком узок. Мы должны решиться на брюшностеночное кесарское сечение!

Разберемся в показаниях! При узком тазе мы различаем показания абсолютные и относительные. В беседе 106-й вы видели, что абсолютное сужение таза разными авторами трактуется разное. Верхней границей абсолютного сужения одни считают величину истинной конъюгаты в 4 см, другие—в 5, 5,5 см, третьи—в 6, в 6,7 см. Одни считают рождение доношенного плода возможным при с. в. в 7 см, хотя и с помощью искусства, другие не видели спонтанного рождения зрелого плода при с. в. в 8 см (случай 108).

Теоретически у нашей роженицы нет „абсолютного“ сужения таза. Если мы, зная, что у нее наклонная конъюгата имеет длину 9 см, вычтем из нее 1,75 см, то получим истинную конъюгату в 7,25 см. Теоретически таз не „абсолютно сужен“. Для первых и вторых родов (преждевременных) он не был абсолютно узким. А сейчас, для данных родов, для данной головки мы вправе считать таз абсолютно узким.

Из абсолютных показаний мы приступаем к кесарскому сечению.

А условия? Плод жив, температура нормальна, вагинального исследования в родах не было. Последним ее исследовал я, 2 недели назад. Правда, воды прошли, но прошло всего 7 часов с момента их отхождения. Надлежащая обстановка, помощники есть.

Надо испросить согласие роженицы.

Она согласна на любую операцию; потеряв двух детей, она требует живого младенца, для этого и поступила в клинику. Условия даны. Dörflier в своей замечательной книге (1929) отмечает 3 условия к кесарскому сечению: 1) необходимо, чтобы роженица не подвергалась вагинальному исследованию в течение 3 недель до родов 2) плодный пузырь должен быть цел или срок, прошедший с отхождения вод, должен быть не больше лишь нескольких часов, 3) температура должна быть нормальна (Veit, Leopold и др.).

Когда же оперировать? Подождать еще или оперировать немедленно? Раз показания абсолютные, то к чему же ждать? Ведь мы в данном случае не ставим решение оперировать в связь с возможным приспособлением головки к тазу, с конфигурацией ее. Даже если мы решились на шеечное ретровезикальное сечение, мы не должны ждать подготовки нижнего сегмента. Ждать открытия зева не нужно. Вспомним слова Winter'a: „Кесарское сечение не связано ни с наличием схваток, ни с открытием зева“ (случай 106). С другой стороны несомненно всякое выжидание в данном случае вредно, потому что воды уже прошли. Чем больше безводный интервал (в данном случае промежутки: отхождение вод—кесарское сечение), тем хуже прогноз для матери (там же). На это я обращаю особенное внимание. Правда, Черток говорит: „С введением кесарского сечения в нижнем отделе в наших клиниках эту операцию стали применять и при затяжных родах и в случаях, где воды прошли за 3, 5, 14 дней до операции, иногда при температуре 38°“. Все же я считаю это несколько рискованным. Нельзя рассчитывать на стерильность полости матки после разрыва пузыря. „По прошествии 20 часов с момента отхождения вод следует считать

содержимое матки инфицированным и опасным для кесарского сечения" (*Dörffler*) В нашем случае прошло 7 часов — „безводный интервал“ вполне допустимый.

Все это заставляет нас немедленно приступить к кесарскому сечению.

К какому? Я уже говорил, что в настоящее время при узком тазе мы считаем методом выбора шеечное интраперитонеальное кесарское сечение. Корпоральное (классическое в его модификациях) мы производим при предлежащем последе, при повторном кесарском и других, более редких показаниях, как выпадение пуповины, тяжелое общее состояние роженицы, т. е. в случаях, где необходима крайняя быстрота оперирования.

Мы решились на шеечное сечение.

Какой мы предпочтем наркоз? Какое положение дадим роженице? Обычно кесарское сечение, как всякое чревосечение, делается в общем ингаляционном наркозе в горизонтальном положении больной. Некоторые предпочитают давать хлороформ, другие дают эфир, или комбинацию их. *Dörffler* применяет исключительно эфир.

За последние годы со стороны многих авторов имеется предложение делать кесарское сечение под люмбальной анестезией. Так *Strassmann* предлагает делать кесарское сечение под люмбальной анестезией в полусидячем положении больной. Лично я ее при кесарском сечении не применял, да вряд ли встречу в ней надобность. *Völcker* (Кенигсберг—1929) предостерегает от люмбальной анестезии, особенно при наличии родовых болей, так как при этом наблюдались коллапсы. *Winter* описал смертный случай. *Pankow* также высказывается против люмбальной анестезии, считая, что при повышении внутрибрюшного давления анестезирующее вещество легко загоняется вверх, что может повести к параличу дыхательного центра. *Maier* считает люмбальную анестезию при кесарском безопасной. Люмбальную анестезию в акушерстве рекомендует *Pitkin* (Америка—1929); *Wislanski* (Лемберг—1929) повествует о 400 случаях люмбальной анестезии, из них 30 раз в акушерстве: 22 шеечных кесарских сечения, 6 влагалищных кесарских, 2 операции *Portes'a*. Длительность анестезии—1 час; средний расход Тгоракокаин'а 0,07—0,08. Результаты были хорошие. Она показана у анемичных, туберкулезных, сердечных больных; противопоказана при деформациях позвоночника, у очень молодых и у очень пожилых, а также у нефропаток.

Dörffler отвергает люмбальную анестезию, во избежание психической травмы, беспокойства больной во время операции и последующих осложнений (упорная головная боль и пр.). Он дает общий наркоз и оперирует в горизонтальном положении с опущенными ногами. Полагаю, что люмбальная анестезия при кесарском распространения не получит. Другое дело местная анестезия. Местная анестезия при кесарском упомянута у *Frigyesi*, *Waldstein'a*. *Frey* (Цюрих—1928) считает ее методом выбора (кроме эклампсии), сообщает о 281 случае и отмечает, что при местной анестезии не бывает атонических кровотечений, дети извлекаются без асфиксий. *В. С. Груздев* и *А. И. Тимофеев* на Киевском съезде (1928) в своих выводах говорят: в интересах как матери, так и особенно ребенка желательно производить операцию не под общим ингаляционным наркозом, а под местной инфильтрационной анестезией. *Portes* (Париж—1929) сообщает о случаях (7) кесарского сечения под местной анестезией и горячо рекомендует раствор новокаина (1:2000) с 1 см³ адреналина (1:1000).

В русской литературе имеется сообщение *А. И. Кустова* (Кзыл-Орда—1930) о ряде случаев кесарского под местным обезболиванием. Он применяет 0,5% раствор новокаина с прибавлением 10—20 капель адреналина на 100 см³ раствора. На обезболивание брюшной стенки он расходует 60—80 см³ раствора, на анестезию предбрюшинной клетчатки и брюшины—4—8 см³ раствора. Матка вскрывается без всякой анестезии. Результатами он очень доволен. „Проведение кесарского сечения под местной анестезией должно способствовать большему распространению этой операции в условиях провинциальной и участковой хирургической работы, ввиду более легкого послеоперационного течения и отсутствия осложнений от наркоза“.

Лично я всего один раз делал кесарское сечение под местной анестезией при тяжелом туберкулезе легких с высокой гектической температурой. Обезболивание было полное. Допускаю, что нам действительно нужно культиви-

ровать местную анестезию при кесарском сечении, но при особых показаниях: декомпенсация сердца, туберкулез легких, высокая температура, резкое малокровие.

Эклампсия, конечно, требует общего наркоза. При узком тазе мы пока будем придерживаться общего ингаляционного наркоза, лучше всего в виде смешанного, хлороформно-эфирного.

Делать ли стерилизацию? Беременность третья, доношенные роды первые, детей у нашей больной нет. В таких случаях мы никогда не стерилизуем, разве что при особых показаниях (стерепевтических, как болезни сердца, туберкулез легких). Принципиально же мы отвергаем стерилизацию при первом кесарском. Даже, когда роженица того требует, мы убеждаем ее отказаться от своего требования. И сколько раз женщины благодарили нас за нашу неговорчивость.

Мнения авторов по этому вопросу расходятся. *Scipiades* считает стерилизацию показанной при первом же кесарском сечении. *Fritsch, Braun, Leopold* и др. соглашаются на стерилизацию, если женщина этого желает (цит. по *Пальмову*). Так же советуется поступать *Феноменов; Scheffzek* прибегает к стерилизации при втором кесарском сечении, *Doléris* — при третьем. *Пальмов* отмечает рост числа случаев повторного кесарского сечения и заключает из этого, что отрицательное отношение к стерилизации возрастает. Недавно я читал в американской литературе про случай восьмикратного кесарского сечения на одной женщине. Остается, конечно, преклониться перед героизмом этой женщины. Лично я полагаю, что женщина, перенесшая уже раз кесарское, имеет право требовать стерилизации при второй операции и врач должен в этом отношении пойти ей навстречу.

Итак мы приступаем к шеечному интраперитонеальному сечению, под смешанным ингаляционным наркозом без стерилизации.

24 января в 8 час. 30 мин. — операция.

Роженица лежит на операционном столе, в общем ингаляционном наркозе (смешанном). Моча выпущена. Живот обработан иод-бензином (1:1000), смазан иодом. Операционное поле отграничено стерильным бельем. Продольный разрез от пупка до лобка, послонно вскрыта брюшная полость. В нижний угол раны введено широкое брюшное зеркало, двумя стерильными полотенцами отграничена брюшная полость. В ране видна нижняя половина передней поверхности матки, внизу — мочевого пузыря, между ними переходная складка. Несколько выше последней брюшина приподнята пинцетом, надсечена ножницами. Исходя из этого окошка вправо и влево ножницами брюшина рассечена поперечно-дугобразно. Нижний лоскут захвачен зажимом, приподнят. „Тупфером“ тупо отсепарован вниз лоскут с мочевым пузырем. Лоскут подхвачен под брюшное зеркало. Верхний лоскут также немного отсепарован кверху. По средней линии осторожно рассечена скапелем мускулатура шейки и нижнего сегмента (по длине в 10 см). Вставился плодный пузырь, разорван. Правой рукой без труда выведена головка плода. За головку извлечен плод мужского пола, поднят за ножки, сразу закричал. Через 1—2 мин. пуповина рассечена между зажимами. Младенец передан акушерке (вес плода 4150 г. Послед легко удален рукой. Край маточной раны захвачены двумя парами пупевых, подтянуты. Полость матки осушена марлей, протерта спиртом. Приступлено к зашиванию. Ряд узловых катгутовых швов на мускулатуру. Поверх этого слоя непрерывный катгутовый шов на мускулатуру же. Пузырнобрюшинный лоскут выпущен из-под зеркала, положен на место и пришит непрерывным катгутом (серо-серозно) к верхнему лоскуту маточной брюшины. Извлечены полотенца, обсушена полость таза, влито 50 г реванола (1:1000). Послонно защита брюшной стенки, на кожу 3 нитяных шва и серфины. Коллодийная заклепка. Продолжительность операции 30 мин.

Операцию больная перенесла хорошо. Кровотечения не было. К вечеру мочилась сама. Пульс 92.

Послеоперационный период без осложнений. Максимальная температура 37,7°. Максимальный пульс—80. Стул на 3-й день с клизмы. Швы сняты 31 января. Первичное натяжение. Больная села 1 февраля. Выписалась 5 февраля с ребенком,

Разрешите поделиться некоторыми соображениями о подготовке больной и о технике операции.

Перед операцией не следует давать слабительного или ставить клизму. Кишечник предполагается очищенным в момент прибытия роженицы. Если даже роженица побрита при поступлении, распорядитесь пройтись бритвой по средней линии живота, иногда, особенно при гипертрихозе, на животе остаются волосы. Не забудьте выпустить мочу: наполненный мочевого пузырь, выступая бугром, мешает отслойке пузырнобрюшинного лоскута, кроме того его можно поранить при разрезе брюшной стенки. Инструментарий и материалы должны быть в полной готовности, иначе может получиться задержка в операции. Стерильный

шприц с эрготином, другой с питуитрином должны быть заранее приготовлены. Акушерка должна быть готова принять младенца из рук оператора. Ведра с теплой и холодной водой должны быть припасены во-время. Впрыскивание морфия перед операцией противопоказано (в интересах младенца).

Больная лежит горизонтально, можно свесить ей ноги в коленях под прямым углом. Trendelenburg'овское положение противопоказано (воздушная эмболия). Лучше делать прямой разрез, Pfannenstiel'евский дает меньше простора. При корпоральном сечении матка выводится наружу, после чего верхняя часть брюшной раны замыкается лучше всего захватыванием краев раны двумя парами пулевых с перекрещиванием их и изолируется льняными полотенцами. При шеечном сечении матка, конечно, остается *in situ*. Огораживание брюшной полости лучше делать полотенцами, а не марлей (марля легче всасывает и тем проводит истекающие воды и кровь в брюшную полость). По грубым льняным полотенцам жидкости легче стекают. При шеечном сечении до извлечения плода кишечник вовсе не должен быть виден. Никакого сжимания сосудов не требуется (прежде ассистали при корпоральном сечении нижний сегмент проволокой, жгутом, руками ассистента). Это лишнее. При шеечном подобные манипуляции технически невозможны.

Брюшина надсекается по средней линии поперечно, несколько выше пузырьной складки, в пределах рыхло-подвижного прикрепления ее к матке. Вбок ее не следует рассекать слишком далеко; в крайних углах может получиться кровотечение. Рассечение мускулатуры должно быть очень осторожным. Не забудьте: тут стенка матки тонкая, легко поранить скальпелем головку плода. Разрез должен быть достаточной длины (не менее 10 см), иначе трудно вывести головку и можно получить рваное ранение стенки матки в верхнем углу разреза. *Sellheim* рекомендует перед разрезом мускулатуры фиксировать стенку матки двумя рядом наложенными острыми крючками. Это очень облегчает разрез. Мускулатуру следует при этом захватывать поверхностно, чтобы не захватить крючком ухо плода через мышцу.

Выведение головки обычно трудности не представляет. Я не видел надобности в наложении щипцов. Головка извлекается бережно рукой, пластически прилегающей к ней. При предлежании тазовым концом извлекают за ножку. При предлежании ручкой никогда не следует тянуть за ручку: надо тут же сделать поворот на ножку и извлечь плод. Это всегда удается. При передаче плода акушерке следите, чтобы она не коснулась ваших стерильных рук. При шеечном сечении, если нет предлежания последа, нет опасности попасть при разрезе на плаценту, при корпоральном нередко разрез приходится в пределах плацентарного места. Это не страшно: плацента легко отслаивается или же протыкается рукой. Не следует бояться сильного кровотечения, надо быстро извлечь плод и послед, тогда матка сократится. При *plac. praevia caesarea* извлеченный плод отделяется немедленно, во всех остальных случаях лучше подождать 1—2 минуты, раньше чем пересечь пуповину. После этого рационально впрыснуть питуитрин в маточную мускулатуру. Нечего ждать отделения последа, его извлекают рукой (можно сменить перчатку!).

При шеечных сечениях в это время все тело матки появляется в ране, можно левой рукой сжать тело матки, правой тянуть за пуповину. Полезно через зияющую маточную рану осмотреть полость матки, захватить и подтянуть ее пулевыми. Обрывки оболочек следует удалить. Полость матки полезно обсушить и протереть спиртом. Никаких тампонов через шейку не выводить! Это лишнее. Матка и так сократится, этому можно способствовать, впрыснув эрготин в матку (оператор) или под кожу (кто-либо из присутствующих). Кровотечение обычно незначительное. При сильном кровотечении не следует теряться: быстро вводится палец в маточную рану, и матка подтягивается кверху за верхний угол раны, кровотечение очень быстро остановится.

Приступайте к зашиванию. *Bumm* говорит: *Die richtige Naht beim Kaiserschnitt ist die Hauptsache der ganzen Operation*. Если маточная рана хорошо подтянута пулевыми, она вся перед вами, как широко открытый рот. Наложите шов на верхний угол и на нижний угол. Тогда можете пулевые снять, вся рана перед вами. Швы накладывайте густо, прокалывая мышцу снаружи кнутри (не про-

кальвая слизистой) на одной стороне и снаружи на другой стороне, также не захватывая слизистой (*musculo-muscularis*). Материал—кэтгут, лишь при отсутствии кэтгута берите нитку или шелк. Второй этаж—непрерывный кэтгут. Закрепите шов над верхним углом защитой маточной раны и сделайте вколы и выколы несколько отступая от линии разреза между завязанными швами первого этажа. Покрытие операционного поля пузырнобрюшинным лоскутом совершается легко. Зашивание брюшинного покрова непрерывным кэтгутом лучше по типу серо-серозного шва. Начинайте (если стоите справа от больной) с левого угла дугообразной раны, и постепенно дойдете до правого угла. Не забудьте удалить сгустки из брюшной полости, они лежат не только в переднем дугласе, но иногда и в заднем, осушите полость таза. Извлеките полотенца.

Не забудьте справиться у сестры, все ли полотенца и инструменты налицо.

Если матка не сокращается, не растирайте ее ничем, лучше постучите по ней каким-либо гладким инструментом (по совету *Dörffler'a*). Такое поколачивание не повредит серозе матки: матка сейчас же сократится. *Siegwart* советует при атонии матки обернуть ее серозный покров куском марли, пропитанной эфиром. Зашивание брюшной раны (лучше после смены перчаток) должно быть послойным. Непрерывный кэтгутовый шов на брюшину, несколько узловых кэтгутовых швов, сближающих прямые мышцы. Апоневроз зашивайте или также непрерывным кэтгутом, или же узловыми нитяными швами густо! (тонкие номера нитки). Кожу зашить можно нитяными швами или же наложением на рану серфин. На живот не следует накладывать большой повязки, она затруднит наблюдение за маткой. Лучше всего марлевый валик или коллодийная заклепка.

Послеоперационный уход мало чем отличается от такового после обычных чревосечений. Требуется тщательное наблюдение за больной, особенно в первые часы и дни после операции. Крайне нежелательными являются последовательное кровотечение и задержка лохий. Первое наблюдается особенно, когда операция произведена во время беременности или в начале родов (отсутствие родовой деятельности, закрытая шейка). Наблюдайте за маткой, за ее величиной, высотой стояния ее дна, ее консистенцией, за пульсом больной, общим состоянием, наружным кровотечением. В целях наблюдения за маткой полезно не накладывать громоздких повязок; узкая коллодийная заклепка лучше всего допускает пальпацию матки. Подкожные впрыскивания эрготина и питуитрина—лучшая профилактика и терапия последовательного кровотечения. Задержка лохий опасна тем, что ведет к повышению температуры. Возможно и расхождение маточных швов. И все же не советую выводить во время операции тампонов из полости матки во влагалище (как то предлагает *Stöckel*) или резиновых дренажей. Подобные инородные тела не могут быть полезны. Рекомендую возвышенное положение туловища (*Fowler'ово* положение), а также положение на боку (*Hirst, van Dolsen*). Помогут и препараты питуитрина. *Hammerschlag* советует при лохиометре войти рукой во влагалище и в шейку. В подобной манипуляции я надобности не встречал. На первые сутки советую положить пузырь со льдом на живот, заменив его со второго дня тяжестью (мешок с песком).

Тягостен для больных метеоризм. Вздутие живота я наблюдал особенно часто после классического кесарского, очень редко после шеечного. Газоотводяная трубка, физостигмин, сифонная клизма в комбинации с подкожным впрыскиванием питуитрина (*Окиншиц*) обычно устраняют метеоризм.

Нередко приходится наблюдать послеоперационную задержку мочеиспускания. Иногда уже убеждение ведет к цели. Полезны пузырь с теплой водой на область пузыря, орошение наружных частей струей теплой воды, подкладывание теплого судна. Если это не помогает, можно применить питуитрин подкожно или уротропин внутривенно (5 см³ 40% раствора) или внутривенно же хлористый натр (10 см³ 10% раствора) или же введение через уретру стерильного глицерина по *Krönig'y*). В резерве остается катетеризация пузыря не реже двух раз в сутки.

Не следует больных долго держать на спине. Уже на 2—3-й день полезно положить больную на бок. Это будет профилактикой гипостаза легких и сращений матки с париетальной брюшиной (последнее при классическом методе).

Швы снимают на 7—8-й день. Расхождение брюшной раны я видел всего один раз и то при эклампсии.

На 8—9-й день можно родильницу поднять с кровати.

Заболееваемость после кесарского сечения, к сожалению, и по настоящее время высока. В „чистых“ случаях нередко течение послеоперационного периода осложняется повышением температуры.

Процент заболееваемости колеблется от 14 до 86 (*Winter*—14, *Lönne*—17, *Bürger*—17,2, *Richter*—27, *Martius*—35,3, *v. Wenzel*—32,2, *Siegel*—30—35, *Holland*—55, *Чертюк*—58,3, *Scipiades*—66,7, *Jamasaki (Fritsch)*—63,5, *Якобсон*—57, *Пальмов*—84,2, *Baisch*—86). Выше я уже говорил о том, что заболееваемость тем выше, чем больше прошло времени от момента отхождения вод до операции, чем больше было произведено вагинальных исследований.

Перитонит и сепсис— вот две главных опасности для больной, перенесшей кесарское. Остальные осложнения по частоте своей отступают на задний план (эмболия, пневмония, ileus, тромбоз, параметрит, пиелит и пр.). Среди 124 смертных случаев английской статистики [*Holland'a* и *Kerr'a* (4197 случаев)] 50 раз причиной смерти был перитонит, 27 раз септицемия, 15 раз пневмония, 9 раз эмболия, 5 раз ileus и т. д. (цит. по *Winter'y*). Поздние осложнения—редкость. Поздний ileus—редчайшее явление.

Из отдаленных последствий отмечу пониженную плодовитость женщины. Трудно сказать, насколько причиной ее является контрацепция, насколько действительно понижается способность к зачатию. *Bride* установил 50% бесплодия после кесарского сечения; по *Webster'y* из 190 женщин забеременело в дальнейшем всего 94 (49%); у 13 женщин наступил выкидыш. По *Lichtenstein'y* выкидыш и преждевременные роды наблюдаются после кесарского сечения не чаще обыкновенного.

Опасность сращения матки с брюшной стенкой, с кишечником, сальником наблюдаются особенно после корпорального сечения. После шеечного они встречаются как исключения. К этому вопросу я еще вернусь.

Патологическую элевацию матки (*elevatio uteri caesarea*) я видел всего 2 раза. Один раз пришлось из-за упорных болей делать чревосечение несколько лет спустя: матка была фиксирована к передней брюшной стенке ниже пупка плотным тяжом (*lig. uteri caesareum*). После рассечения связки матка опустилась в малый таз, боли прошли. Второй больной с патологической элевацией мне пришлось делать искусственный аборт, что представило необычайные трудности.

Вопрос о возможности разрыва матки по кесарскому рубцу при последующих родах будет мною рассмотрен в дальнейшем.

Изложенное убеждает нас в том, что операция кесарского сечения, несмотря на огромные достижения асептики и техники, и по настоящее время не может быть названа безопасной и легкой. Если проследить литературу последних десятилетий, то видно, что результаты ее прогрессивно улучшаются; но все же утверждение *Max Hirsch'a*, что кесарское сечение по результатам гораздо лучше вагинальных родоразрешающих операций, вряд ли правильно, как то и доказано на больших цифрах *Winter'ом* и др. Смертность все еще не может снизиться до нуля или до 1%. Я не хочу приводить здесь бесчисленных статистик. Для иллюстрации приведу несколько цифровых данных из литературы последних 30 лет. Смертность у авторов: *Bar* (1903)—6,3%, *Baisch* (1907)—3,3%, *Peham* (1908)—3,2%, *Bürger* (1908)—3,4%, *Jamasaki* (1910, клиника *Fritsch'a*)—5,5%, *Scipiades, Tauffer* (1909)—10,0%, *Metzler* (1910)—22,7%, *Якобсон* (1911)—7,1%, *Cuny* (1913)—8,0%, *Чертюк (Писемский)*—1929—4,2%, *Пальмов* (1929) 15,8%, *Федотов*—11,1%, *Albrecht* (1929)—6,7%, *Humpstone* (Америка—1929)—4,3%, *Hirst* (Америка—1929)—8,33%, *Hawks* (Америка—1929) сборная статистика—3,6%, *Kermauner* (1929)—4,6%, сборная статистика по Москве, представленная Киевскому съезду *Ильевичем, Леви* и *Селицким*, дает на 743 случая 7,8% смертности (редуцир. 4,6%).

В Америке необычайное распространение кесарского сечения вызвало за последнее время реакцию: вследствие высокой смертности от кесарского сечения (до 22%) и частоты разрывов в рубце при последующих родах (8%) стали требовать возврата к более строгой постановке показаний. Не имея возможности

здесь вдаваться в подробности большого и сложного вопроса, который можно характеризовать словами „абдоминально или вагинально“, — вопроса, вызвавшего огромную полемику в литературе и породившего ожесточенный спор между виднейшими представителям главным образом немецкого акушерства (*Max Hirsch, Winter, Sachs, Nevermann, Eversmann, Döderlein, Voigt, Gauss, Laubenburg, Martin, Sellheim* и мн. др.), скажу лишь, что для нас не должно быть неясности: мы никогда не откажемся от родоразрешающих операций через естественные родовые пути; классические операции щипцов, акушерского поворота, извлечения за тазовый конец, краниотомия всегда были и останутся в акушерстве. Мы не должны отказываться от вагинальных родоразрешающих операций, где это возможно, там же, где это невозможно, или где это сопряжено с большой опасностью для матери или младенца, там вступает в свои права родоразрешение через живот. Как вагинальные методы, так и брюшностеночные имеют и должны иметь свое поле применения. Щипцы, поворот, извлечение, краниотомия имеют и должны иметь свои показания и свои условия, кесарское сечение и его отдельные виды имеют также свои условия и свои показания. И дело врачебного опыта, дело акушерской мысли в конкретном случае ставить показания к родоразрешению вообще и выбрать тот метод вмешательства, который в данном случае будет наиболее отвечать интересам матери и плода.

Интерес случая. 26-летняя женщина, перенесшая 2 раза преждевременные роды, поступает с первыми доношенными родами. Воды отошли при первой же схватке. Признаки перенесенного рахита. Типический плоский рахитический таз. Наклонная конъюгата — 9 см. Косое положение плода, плод крупный. Показания к кесарскому сечению признаны абсолютными. Произведено шеечное трансперитонеальное кесарское сечение под общим наркозом без стерилизации. Вес плода 4150 г. Выздоровление.

Случай 112-й

М. Д. Д., 22 лет (№ приемного журнала 4717), поступила в клинику 23 декабря 1929 г. в 6 час. 50 мин., в родах.

Раткий анамнез: про детство свое Д. никаких сведений дать не может. Месячные начала носить с 16 лет, через месяц, по 3—4—5 дней, с болями. Половой жизнью начала жить с 18 лет. Женскими болезнями не страдала. Первая беременность закончилась искусственным абортom. Настоящая беременность вторая. Последние регулы с 16 по 25 марта. Беременность протекала легко. Указать срока первых движений плода не может. В консультацию не ходила. В ночь на 23 декабря, в 3 часа, начались родовые боли. Воды не отходили. Утром роженица отправилась в клинику, куда и прибыла в 6 час. 50 мин.

При поступлении: перед нами женщина роста ниже среднего (145 см), тшедущная, вялая блондинка. Т — 36,7°. Пульс 80. При осмотре тела отмечаются: узкая грудная клетка, несколько ассиметричная, в грудной части незначительное сколиотическое искривление позвоночника вправо. Живот большой, немного отвислый, овоидной формы. Пупок резко выпячен, пигментация выражена слабо. Свежие полосы беременности. Окружность живота 95 см. Дно матки на 3 пальца ниже мечевидного отростка, высота над симфизом — 34 см. В дне матки ягодицы, спинка справа, мелкие части с трупом определяются слева. Над входом в таз баллотирует довольно большая головка. Сердечные тоны справа ниже пупка, ясные, ритмичные, 140 ударов в минуту. Нижние конечности относительно короткие, несколько искривлены по типу genu valgum. Голени саблевидны. Отеков нет. Таз производит впечатление недоазвитого.

Размеры его: dist. spin. — 23,5 см; dist. crist. — 25 см; dist. troch. — 28 см; conj. ext. — 16,5 см; conj. lat. — 14 см; окружность таза 70 см.

Ромб Michaelis'a резко изменен, верхний его угол на уровне боковых углов, т. е. площадка треугольная. Размер Tridondani — 9 см, размер Litzmann'a — 6 см. Задне-верхние ости резко выдаются.

Схватки очень редкие и слабые.

Каков предварительный диагноз?

1. Имеются срочные роды у первородящей. Головное предлежание. Таз общеравномерносуженный.
2. Таз кроме общего сужения обнаруживает признаки рахитического уплощения. Требуется подробное исследование.
3. Имеется, повидимому, сколиотический кососуженный таз.

Что перед нами носительница неправильного таза — не подлежит сомнению. Низкий рост, общее недоразвитие, инфантильное лицо заставляют предположить

наличие инфантильного таза. С другой стороны, деформация грудной клетки, сколиотическое искривление позвоночника, искривление нижних конечностей, характерный вид ромба Michaelis'a — все это направляет нашу мысль в сторону рахитического таза.

Обратимся к тазу: наружные его размеры укорочены все приблизительно в одинаковой степени, несколько больше других размеров укорочена наружная конъюгата. Изучение ромба Michaelis'a не оставляет ни малейшего сомнения в диагнозе рахитического таза. Значит, имеется комбинация общего сужения с рахитическим уплощением. Перед нами таз общесуженный, плоский, носящий еще название общеравномерносуженного или общесуженного рахитического таза (*pelvis nimis parva et plana, pelvis minor et plana*). Этиология его понятна: недоразвитый инфантильный таз претерпевает тяжкие изменения, свойственные рахиту. Правда, *Michaelis* различает два подвида этой аномалии таза, — рахитический и нерахитический. Другие авторы сомневаются в существовании *pelvis nimis parva et plana* нерахитического происхождения.



Рис. 297. Рахитический общесуженный плоский таз.

Litzmann, подробно описавший этот неправильный таз, отмечает постоянство признаков рахита. Действительно, типичен крестец как по своей форме, так и по своему выстоянию в полость малого таза. Он уже нормального и обнаруживает характерные для рахита изменения. Форма входа в таз — определено форма плоского таза. Подвздошные кости малых размеров, истончены. Поперечное напряжение таза меньше выражено, чем у рахитического таза. Лонные кости, сходясь в симфизе, несколько конвер-

гируют. Очень нередки асимметрии. Тазовой вход резко сужен в прямом размере, но укорочен и в поперечном. Бросается в глаза смещение поперечного размера входа в таз кзади, что при резком выстоянии мыса еще более неблагоприятно отражается на вместимости тазового входа (рис. 297). Сильно укорочено расстояние между задневерхними осями. На прочих отделах скелета всегда видны следы рахита. Рост женщины поразительно низкий.

Сужение при этой форме узкого таза может достичь высоких степеней, в противоположность общеравномерносуженному тазу. Наивысших степеней оно достигает у так называемых рахитических карлиц.

Из этого краткого обзора особенностей *pelvis nimis parvae et planae* ясно, что диагностика этой аномалии не представляет трудностей. Рахит в анамнезе, низкий рост, иногда рост, приближающийся к карликовому, рахитические изменения в отдельных частях скелета и характерные данные исследования самого таза. Наружные поперечные размеры все укорочены, уменьшена разница между размерами остей и гребней. Резко укороченная наружная конъюгата. Наиболее характерны уменьшение наклонной конъюгаты при уменьшенном поперечном напряжении тазового кольца, легкость ощупывания боковых стенок таза и типический рахитический крестец.

Понятно, что для установления предполагаемого диагноза требуется тщательное внутреннее исследование.

Исследовать вагинально или ректально? Так как не исключена возможность, что потребуются кесарское сечение, мы остановимся на исследовании ректальном.

Но раньше чем приступить к нему, поинтересуемся, нет ли косоугольного сужения таза. Ведь имеется в грудной части позвоночника сколиоз!

Мы измерили общепринятые наружные косые размеры — они одинаковы. Косого сужения нет. Это нас не удивляет: сколиоз незначительный и расположен высоко в грудной части.

Per rectum (7 часов 30 минут): полость таза пустая. Крестец резко приближен к симфизу. Мыс нависает „мезонином“. Крестцовая впадина уплощена; колчик загнут крючком кпереди. Боковые стенки таза сближены, легко ощупываются пальцем. Безыменные линии очень легко обвести одним пальцем. Симфиз низкий, на нем гребешком выступает симфизарный хрящ. Шейка укорочена, но не сглажена. Наружный зев закрыт. Предлежащая головка едва достигается.

Ректальное исследование вполне подтверждает диагноз общесуженного плоского таза. Все данные налицо, кроме одного — наклонной конъюгаты. Мы точно не знаем ее величины, но мы по ректальному исследованию имеем о ней ясное представление. Она резко укорочена.

Кстати: обратите внимание на расстояние между задне-верхними остями — размер Litzmann'a всего 6,5 см. Этот поперечник ромба Michaelis'a имеет свое значение. Litzmann ставит величину его в зависимость от двух моментов: ширины крестца и степени его наклона. Чем больше крестец западает кпереди, тем больше позадн его сближаются связанные с ним связочным аппаратом задне-верхние ости. Абсолютная величина его не имеет большого значения. Странно, что сам Litzmann не говорит, какой длины должен быть в норме его размер. Я его много раз измерял: он обычно 8—9 см. У нашей роженицы он 6,5 см. Не лишено интереса, что Litzmann находит известный параллелизм между этим размером и *dist. spinar.* А именно отношение его к *dist. spin.* при *pelvis justo minor* как 1:3 до 1:3,3; при *pelvis plana Deventeri* 1:3,5; при *pelvis nimis parva et plana* 1:3,9; при простом плоском рахитическом тазе (!) 1:4,3 до 1:5,6.

Мы стоим перед вопросом, как вести роды: консервативно или оперативно?

Мы ознакомились с тазом нашей роженицы, но мы еще не знаем ничего о взаимоотношениях таза и головки. Она подвижна над входом, она крупная. При фиксации ее снаружи она несколько выдается над площадью симфиза — признак Henkel-Вастена слабо положительный.

Если мы решимся на консервативное ведение родов, как пойдет механизм вставления? Каков будет прогноз?

При общесуженном плоском тазе головка встречает обычно значительное препятствие. Отвислый живот, аномалии положения и вставления — явления обычные. Очень долго головка остается подвижной над входом, в неопределенном членорасположении. Продолжительность родов чрезвычайно большая. Само вставление головки в таз совершается то по типу плоского таза, то по типу общесуженного. Наблюдается то передний асинклитизм при опущенном большом родничке, то чрезмерное сгибание при чрезмерно длительном поперечном стоянии головки. Michaelis наблюдал поперечное стояние головки вплоть до выхода таза. Litzmann чаще видел неполный внутренний поворот с косым стоянием стреловидного шва до выхода. Относительно часто наблюдается задне-теменное вставление (Litzmann'овский асинклитизм), которое именно при данной аномалии таза имеет плохое прогностическое значение. При тазовых предлежаниях прохождение последующей головки встречает большие трудности. Головка не вставляется во вход, подбородок „остается висеть“ на безыменной линии, плод часто отмирает или рождается с тяжкими повреждениями костей черепа.

Из этого следует, что предсказание родов при данной аномалии таза серьезно. Оно скорее неблагоприятно. Продолжительность родов, раннее отхождение вод, аномалии положения и предлежания, сдавление головки костями таза, частота оперативных вмешательств — все это отражается неблагоприятно на прогнозе. Особенно следует опасаться повреждений мягких частей матери от узур до разрыва матки включительно. Litzmann определил смертность матерей в 9,7%, в то время как она при простом плоском тазе равнялась 5,3%. Смертность детей у него в три раза превышает таковую при простом плоском тазе (39,4 и 14,1%).

На что же решиться?

1. Показано брюшностеночное кесарское сечение и притом немедленное.
2. Вероятно придется делать кесарское сечение. Но можно подождать, ведь воды целы. Может быть течение родов нам облегчит решение вопроса

Действительно, роды вначале. Воды целы. Роженица вагинально не исследована. Ни матери, ни плоду в данный момент ничего не угрожает. Спешных показаний к вмешательству нет. Подождем!

В течение дня (23 декабря) родовая деятельность постепенно усиливалась. Воды не проходили. К вечеру схватки через 5 мин. сильные. Температура нормальная, пульс 84.

20 часов. Головка прижата ко входу, ясно выступает над симфизом. Справа затылок, слева подбородок. Над симфизом резко выступает теменной бугор, повыше него выраженная выемка (борозда). Сердечные тоны плода справа ниже пупка, 142 в минуту.

Per rectum: открытие 3 пальца, края зева тонкие. Пузырь во время схватки напрягается. Головка высоко, малым сегментом прижата ко входу. Стреловидный шов угадывается близ симфиза. Роднички недостижимы. Произведено давливание по P. Müller'у: головка не подается вовсе.

Получили ли мы новые данные?

Да. Имеется заднее теменное вставление. Выяснилось полное несоответствие между тазом и головкой. Показано кесарское сечение.

Другого ответа быть не может. Головка вставляется по типу заднего асинклизма. Это выяснилось наружным исследованием и подтверждено ректальным. А что значит заднетеменное вставление для механизма родов вообще, а при узком тазе в частности — вам в достаточной степени известно из беседы 73 (том II)! Давливание по P. Müller'у с контролем per rectum выявило полное несоответствие. Мы должны оставить всякую мысль о консервативном ведении родов и решиться на кесарское сечение.

Условия максимально благоприятны: воды целы, плод жив, схватки сильные, вагинального исследования не было.

Запрошенная о согласии на операцию роженица выразила настоятельное желание иметь живого ребенка и согласна на операцию через живот.

На каком методе кесарского сечения остановиться? Конечно, на шеечном интраперитонеальном ретровезикальном методе!

В 20 часов 30 минут приступлено к операции.

Она произведена так же, как в предыдущем случае. Извлечен плод мужского пола весом 3300 г, длиной 52 см.

Послеоперационный период осложнился правосторонним пиелитом при субфебрильной температуре и бронхитом. Был назначен в течение нескольких дней дигиталис, внутривенное вливание 40% раствора уротропина, Butyrol Милютинной под кожу ежедневно.

31 декабря сняты швы — prima intentio.

10 января родильница выписалась домой с ребенком.

Как бы поступил участковый врач, вследствие неподходящей обстановки не имеющий возможности сделать кесарское сечение? Он стал бы вести роды вначале консервативно; в дальнейшем, по выяснении несоответствия и аномалии вставления, он при подвижном плоде и полном раскрытии зева сделал бы поворот на ножку. Поворот, хотя и у первородящей, удался бы — извлечение же последующей головки могло встретить крайнее препятствие, и пришлось бы перфорировать последующую головку. В случае же, если поворот не сделан, воды прошли, головка вставилась, роды приняли бы чрезвычайно затяжной характер. И вероятно повышение температуры, явления растяжения матки заставили бы вмешаться, и этим вмешательством была бы краниотомия на мертвом, отмирающем или даже на живом плоде.

В условиях больницы было показано кесарское сечение. Разберемся в показаниях: были ли они абсолютными или относительными? Выше мы осветили вопрос об абсолютном и относительном сужении таза. Вы знаете, что верхняя граница абсолютного сужения есть известная величина истинной конъюгаты, у разных авторов разная. Возьмем для примера 6 см для плоского, 6,5 см, для общесуженного таза. Далее идет относительное сужение таза и верхняя граница относительно узкого таза теряется, переходя постепенно в нормальный таз.

При абсолютном сужении таза и показания в родах доношнным плодом будут абсолютные для кесарского сечения. Это пояснений не требует. Другое дело — относительное сужение таза. Тут могут быть самые разнообразные комбинации.

В одном случае ярко выраженное несоответствие между тазом и головкой, плохая конфигурируемость головки, те или иные аномалии вставления, функциональная несостоятельность тех или иных родовых факторов могут дать абсолютные показания к кесарскому сечению.

В другом случае — несоответствие выражено не резко, конфигурация сравнительно удовлетворительна, аномалий вставления нет или они слабо выражены или устранимы, родовые факторы более или менее на высоте, и врач, предвидя возможные менее или более вероятные затруднения в процессе изгнания, имея определенное желание матери получить живого ребенка, решается на кесарское сечение — показания относительные. Не сделай он кесарского, ему в дальнейшем пришлось бы делать выбор между пубитомией, высокими щипцами и краниотомией.

Наконец, еще в другом случае относительного сужения таза роды завершаются самопроизвольно: тут не было и нет показаний к кесарскому сечению.

Из этой схемы ясно, что — я говорю только о родах доношенным плодом — абсолютное и относительное сужение таза и абсолютные и относительные показания к кесарскому сечению — понятия весьма различные. При абсолютно суженном тазе показания к кесарскому сечению абсолютные. При относительно суженном тазе показания к кесарскому сечению могут быть абсолютные, могут быть и относительные и их может вовсе не быть. И зависит это не от степени укорочения истинной конъюгаты, а от совокупности большого ряда моментов, которые в целом и определяют облик данных родов и определяют образ действий врача. В нашем случае сужение таза не было абсолютным, несоответствие между тазом и головкой диктовало относительные показания к кесарскому сечению, пока определившийся задний асинклитизм не превратил их в абсолютные.

Часто ли производится кесарское сечение вообще и при узком тазе в частности?

На этот вопрос дать точный ответ невозможно. Кесарское сечение, производившееся в старое время в исключительных случаях, крайне редко, и дававшее огромный процент смертности (в доантисептическое время от 62 до 100%), впоследствии, благодаря достижениям асептики, антисептики и техники, получало все более и более широкое распространение и признание. В настоящее время, в так называемую „хирургическую эру в акушерстве“, кесарское сечение производится во многих учреждениях несомненно слишком часто. И недаром против увлечения кесарским сечением возвысил свой авторитетный голос VIII Всесоюзный съезд в Киеве.

Приведу примерную статистику, цитируемую по *Якобсону*.

<i>Leopold и Haake</i>	1	случай кесар. сечен.	на 228,8 родов
<i>Rothorn</i> (Прага)	1	„	„
<i>Neumann</i> (кл. Schauta)	1	„	„
<i>v. Braun</i>	1	„	„
<i>Keitler</i> (кл. Chrobak'a)	1	„	„
<i>Isufe</i> (кл. Döderlein)	1	„	„
<i>Якобсон</i> (кл. Отта)	1	„	„

Из монографии *А. Ф. Пальмова* мы видим, что частота кесарского сечения по его материалам 1:750.

<i>Humpstone</i> (Brooklyn — 1929)	отмечает частоту кесарского сечения в	4,5%
<i>Kermauner</i> (Вена—1929)	„	1,52%
<i>Brandenburg</i> (Вюрцбург—1926)	„	2,88%

Эти цифры относятся к общему числу родов в учреждении. Если же взять только „роды при узком тазе“, то и тут мы видим большую разницу в частоте кесарского сечения.

Цитирую по *Пальмову*:

Кесарское сечение произведено у *Scipiades* (кл. *Tauffer'a*) в 1% всех случаев узкого таза, у *Sinyu* (кл. *Herff'a*) в 1,7%, у *Якобсона* (кл. Отта) в 1,9%, у *Пальмова* (кл. Отта 1907—1912) в 1,9%, по *Leopold'y*—2,9%, по *Bürger'y*, (кл. Schauta)—3,3%, по *Peham'y*—3,5%, по *Baisch'y*, (кл. Döderlein)—4,2%, по *Iamasaki* (кл. Fritsch'a)—4,9%, по *Hofmeier'y*—5,3%.

В I Венской клинике кесарское сечение производится в 7,1% случаев узкого таза (*Kraul*), в клинике *Kermauner'a*—в 4,7%.

Кесарское сечение применяется теперь чаще, чем прежде. В некоторых клиниках процент кесарского сечения достигает 21 (клиника *Adler'a*) и даже 24,6% (кл. *Franz'a*).

И несмотря на блестящие результаты, достигаемые кесарским сечением, мы, учителя акушерства, должны самым решительным образом восставать против чрезмерного увлечения кесарским сечением, против применения его без достаточных показаний, против замены им чуть ли не всех родоразрешающих операций, производимых через естественные родовые пути, как того хотят *Max Hirsch, Dörfler* и другие; мы должны постоянно помнить и другим напоминать, что кесарское сечение, спасающее жизнь многим матерям и младенцам, не может считаться операцией безопасной, легкой и безвредной. В предыдущей беседе вы видели, что она имеет свою и нередко не малую смертность, что она дает даже при благоприятном исходе немалый процент заболеваемости в послеоперационном периоде и ряд отдаленных последствий в будущем. Не должно иметь места легкое отношение к кесарскому сечению—серьезная операция требует серьезных показаний.

При узком тазе она производится только при живом плоде, „во имя жизни его“. Если при эклампсии, при предлежащем последе или преждевременном отделении нормально расположенного детского места кесарское сечение в настоящее время и производится при заведомо мертвом плоде для спасения жизни матери, то при узком тазе „живой плод“ есть одно из условий операции. Мертвый плод при узком тазе исключает брюшностеночное кесарское сечение, разве что при крайних степенях абсолютного сужения, где даже уменьшенный в объеме плод не может быть извлечен через естественные родовые пути.

Если детская смертность и есть при кесарском сечении, то она должна быть минимальна. Это и понятно, потому что младенец извлекается тут непосредственно из матки, минуя все опасности, всю травматизацию, которые грозят ему при прохождении через суженный таз. Многие статистики действительно дают детскую смертность, равную нулю (*Scipiades, Leopold, Wollner, Stöckel, Якобсон, Пальмов* и др.).

У других авторов все же отмечается некоторая смертность: *Bürger*—1,7%, *Wortman*—1,6%, *Heyn*—1,9%, *Hiess*—2,1%, *Bar*—5%, *Kraul* (кл. *Peham'a*)—7,96, *Brandenburg*—9,31% (редуцир.—3,33%), *Gagel*—9,9%.

Удивляться этому нельзя: ведь кесарское сечение может быть произведено, когда плод уже обнаруживает явления асфиксии или когда он испытал сжатие головки. С другой стороны, он может погибнуть в момент самой операции (плас. *praevia caesarea*, затруднения при извлечении головки при шеечном методе). Из этого следует, что операция кесарского сечения не может гарантировать жизни плода, хотя все же дает максимальные шансы на получение младенца живым.

Перед вами прошел ряд случаев брюшностеночного кесарского сечения с благоприятным исходом для матери. Последний объясняется, главным образом, тем, что родовой канал не был инфицирован. Случаи были „чистые“. Но как быть в аналогичных случаях, если „чистота“ родовых путей сомнительна в силу ли давнего отхождения вод, повторных вагинальных исследований или субфебрильной температуры? И как быть в случаях, когда родовые пути заведомо инфицированы: высокая температура, знобы, гнойные выделения с наличием в них стрепто- и стафилококков? Тут мы подходим к одному из сложнейших вопросов практического родовспоможения. Вспомним историю акушерства! В течение многих веков кесарское сечение было производимо без зашивания матки. Смертность была потрясающе высока. В 1700 г. *Deventer* „открыл“ узкий таз. *Rouveau* в 1704 г. впервые установил показания к кесарскому сечению при узком тазе. *Lebas, Lauverjat, Deleury, Levret, Stein* младший, *Osiander, Jörg, Physik* предлагали свои модификации знаменитой операции. Никто из них матки не зашивал. Хирург *Heister* предупреждал, чтобы матку „ни в коем случае не зашивать“. Большинство матерей пали жертвой своего героизма. *Storer* (Бостон) доказал возможность выздоровления после операции. И все же оставление матки открытой оставалось аксиомой до последней трети XIX века. Известные акушеры того времени *Scanzoni* (1855), *Braun* (1857), *Hohl* (1862), *Nägele* (1867) — все они советовали воздерживаться от сшивания маточной раны. *Zweifel* еще в 1881 г. отклонял маточный шов.

Крутой переворот в воззрениях создали *Kehrer* (1881) и *Sänger* (1882), введя зашивание, и доказали, что источником неизбежного после операции перитонита

была именно открытая матка. С введением шва на матку результаты значительно улучшились. Подобное упорство наших акушерских праотцев нас не должно удивлять, потому что еще в 1873 г. самые выдающиеся врачи не знали причин воспаления, нагноения, эпидемий. И только когда *Pasteur* в семидесятых годах открыл бактерии, и началась новая эра в нашей науке, эра бактериологии, когда идеи *Pasteur'a*, вначале прославившего сумасшедшим пророком, нашли свое блестящее подтверждение и послужили основой для дальнейших открытий, последовали одно открытие за другим (*Koch* — палочка бугорчатки, *Fehleisen* — стрептококк, *Garre* — стафилококк). Воспаление, нагноение, инфекция предстали в новом свете, и великие открытия *Semmefeiss'a* и *Lister'a* получили свое научное обоснование. Антисептика, асептика стали могучим оружием в борьбе с возбудителями инфекции. При кесарском сечении зашивание матки стало преграждать путь инфекционному началу в полость брюшины, перитонит после кесарского начал меньше косить жизни матерей, и процент смертности значительно снизился. И все же попадание содержимого матки, часто инфицированной, в полость брюшины, расхождение маточного шва создавали не мало огорчений, причиняли не мало горя.

Тогда возникла мысль выключить свободную брюшную полость из поля операции. Впервые *Frank* предложил до вскрытия матки висцеральную ее брюшину пришивать к пристеночной брюшине брюшной раны и тем выключать большую брюшную полость от попадания в нее эндогенной инфекции. Так родилась мысль о внебрюшинном производстве кесарского сечения. Блестящие анатомические исследования *Sellheim'a* дали возможность изобрести ряд методов производства кесарского сечения без вскрытия брюшной полости. Одновременно и независимо друг от друга *Küstner*, *Latzko* и *Döderlein* (1908 — 1909) выработали технику (каждый из них свою собственную) экстраперитонеального брюшно-стеночного кесарского сечения. *Bumm*, *Zweifel*, *Solms* предложили новые более или менее сложные методы. Внебрюшинное кесарское сечение должно было стать методом выбора во всех сомнительных по инфекции и заведомо инфицированных случаях, а может быть и заменить собою раз навсегда классический метод и все его внутрибрюшинные модификации.

Я не буду здесь останавливаться на изложении техники всех этих сложных операций, вы найдете их во всех учебниках акушерства, скажу лишь, что методы *Küstner'a*, *Latzko* и *Döderlein'a* основаны на том, чтобы подойти к передней стенке нижнего отдела матки через разрез брюшной стенки (по средней линии, супрасимфизарно или сбоку над пупартовой связкой) без вскрытия париетальной брюшины, с отслойкой брюшины переходной складки от пузыря или путем оттеснения мочевого пузыря в сторону.

Методы эти технически значительно сложнее внутрибрюшинных. Они требуют от оператора точных знаний топографии и большого хирургического опыта. Они небезопасны потому, что приходится оперировать вблизи мочевого пузыря, мочеточника, крупных маточных сосудов. И все же, при современной высокой оперативной технике они получили бы распространение, если бы не выяснилось, что клетчатка, в пределах которой происходит операция, не менее, если не более чувствительна к инфекции, чем брюшина. „Кто берется за кесарское сечение, тот должен владеть техникой его, в противном случае — руки прочь от кесарского“, — говорит *Doerfler*. Это, конечно, справедливо. Но все же техника внебрюшинного кесарского значительно сложнее и труднее, чем напр. корпорального кесарского. И тем не менее врач-акушер, вполне овладевший техникой чрево-сечения, мог бы овладеть и техникой экстраперитонеального сечения, если бы оно действительно имело свои большие преимущества. Но этого-то мы из данной литературы усмотреть не можем. Экстраперитонеальное оперирование в инфицированных случаях не оправдало возлагавшихся на него надежд. „Около-маточная клетчатка оказалась менее устойчивой против инфекции, чем брюшина“ (*Черток*). Это последнее наблюдение отметил *Губарев* уже больше 15 лет назад, подтвердил *Walthard* на 75 оперированных, а *Nötzel* опытами на животных доказал, что брюшина по отношению к инфекции устойчивее всех тканей.

Неудивительно, что в настоящее время из крупных представительей акушерства немногие оперируют по внебрюшинному методу; рядовой врач-акушер

вряд ли когда-либо решится на эту операцию. Если вы просмотрите новейшую литературу, то найдете у некоторых авторов взгляды, противоположные изложенным. В своей известной книге („Ueber den Kaiserschnitt zur aseptischen Geburt“, Мюнхен, 1929 (*Doerfler, Регенсбург*)) хотя и называет шеечное интра-абдоминальное сечение методом выбора, все же для „нечистых“ инфицированных случаев превозносит внебрюшинное кесарское и подчеркивает, что тазовая клетчатка гораздо менее чувствительна к инфекции, чем брюшина. Монография *Küstner'a* (*Der abdominale Kaiserschnitt*, 1915) представляет собою гимн внебрюшинному кесарскому сечению. Он потерял из 183 матерей только двух. Сборная статистика *Eur'a* обнимает 492 экстраперитонеальных операции с 3,44% материнской и 2,63% детской смертности; такая же статистика *Tucciguchi* дает на 449 случаев 3,34% материнской и 5,91% детской смертности. *Wertheim* оперировал 52 раза по *Latzko* и не потерял ни одной оперированной. *Fehlland* после операции в 5 инфицированных случаях не имел ни одного летального исхода. *Новиков* на VI Всесоюзном съезде акушеров-гинекологов сообщил о 47 случаях внебрюшинного кесарского сечения, из которых в трех наступил летальный исход.

Szyzewicz имел на 299 случаев 3,3% смертности, *Stöckel* на 26 случаев — 3,9%, *Wollner* на 33 случая — 3%, *Bumm* на 78 случаев — 1,28%. Сборная статистика *Winter'a* дает 6,7% смертности.

С другой стороны, у многих авторов повреждение брюшины, вследствие которого внебрюшинное сечение переставало быть внебрюшинным, происходило очень часто; от 19% у *Bumm'a* до 48,2% у *Lichtenstein'a*. Процент поранений пузыря колебался между 6 (у *Wollner'a*) и 7,7% (у *Stöckel'я*).

Повторяю, широкого распространения внебрюшинное кесарское не получило. И если *Doerfler* считает, что попадание инфицированных околоплодных вод в клетчатку обычно не влечет за собою распространения инфекции и общего сепсиса, то все же признает технические трудности операции, нередкие ранения пузыря, мочеточников и брюшины. Экстраперитонеальное сечение, по мнению *Doerfler'a*, раз навсегда вычеркивает из списка акушерских операций все плодизмельчающие операции, как краниотомию, декапитацию, эмбриотомию и пр. и сдает навеки в историю перфорацию живого плода. Будущее покажет, насколько радужные надежды авторов повсеместно претворятся в действительность; в настоящее время, в условиях нашей современности это несомненно не так, и ликовать преждевременно. Экстраперитонеальное кесарское сечение пока признается лишь немногими, по его сложности и травматичности хорошо разве что в руках избранных, выполнимо только в блестяще оборудованных и снабженных учреждениях и вряд ли когда-либо получит распространение среди рядовых врачей.

Что же все-таки нам делать в инфицированных случаях, если показано кесарское сечение?

В те времена, когда почти все женщины гибли после кесарского сечения или от заражения или от атонического кровотечения, итальянец *Porro* (Павия — 1876) предложил свою операцию, смысл которой заключался в комбинации кесарского сечения с удалением матки, т. е. источника инфекции и кровотечения. Операция *Porro* произвела на современников огромное впечатление, и давая лучшие результаты, чем классический метод, приобрела многочисленных сторонников во всей Европе. Сущность ее заключалась в извлечении плода и последа через разрез матки с последующей ампутацией матки над стянутой жгутом или проволокой шейкой и вшиванием шеечной культи в нижний угол брюшной раны. Операция *Porro* на протяжении времени претерпела ряд изменений. И в настоящее время она производится разными авторами различно.

Многими она теперь делается по типу обычной надвлагалищной ампутации матки. Выведенная из брюшной полости матка рассекается по средней линии, извлекаются плод и послед, маточная рана провисорно закрывается, а затем уже приступают к перевязке круглых и воронко-тазовых связок, рассекают брюшину переходной складки, отодвигают пузырь книзу, сзади надсекают брюшину на уровне внутреннего зева и сдвигают ее книзу. Захватываются и перевязываются маточные артерии. Затем ампутируется матка, культи при-

жигается (термокаутером или иодом) и обычным способом перитонизируется. Брюшная стенка зашивается наглухо. Понятно, что можно оперировать с оставлением придатков, что предпочтительно у молодых.

Этот типический способ хорош в чистых случаях, напр. при миоматозе рождающей матки, но не при наличии инфекции потому, что содержимое матки может легко затечь в брюшную полость. Впоследствии *Arthur Müller* (1905) предложил по выведении матки, но до вскрытия полости, зашить брюшную рану на большей части ее протяжения. Другие советовали кроме этого подшивать париетальную брюшину в нижнем углу раны ко всей периферии шейки, а потом уже вскрывать матку. Третьи рекомендуют плод извлекать, но послед оставлять и быстро ампутировать матку; перитонизацию культи шейки и параметриев советуют делать в 2 этажа, чтобы таким путем максимально отдалить брюшину от инфицированного операционного поля. *Stöckel* для септических случаев предлагает такую технику: по выведении матки из брюшной полости глубокие слои брюшной раны (брюшина, мышцы, апоневроз) зашиваются, к этим швам фиксируется задняя поверхность шейки. Затем область шейки стягивается резиновым жгутом, вскрывается матка, плод извлекается, матка же отсекается над жгутом. Затем перевязываются зияющие по бокам шейки просветы сосудов, и незашитая культя шейки вшивается в брюшную рану. Таким путем создается невозможность попадания инфицированного содержимого матки в брюшную полость. Торчащая наружу культя шейки некротизируется в течение 3 недель, жгут отпадает, и раневая воронка закрывается путем рубцевания.

При мертвом плоде беременная матка ампутируется или экстирпируется без предварительного вскрытия: подобный случай описан мною в I томе (случай 11-й).

С введением в акушерство операции Porro сразу улучшились результаты кесарского сечения. И если *Zweifel* еще сообщает 54,5% смертности, то *Braun-Fernwald* в 1899 г. дает неслышанно низкую в то время смертность в 10%. Сборная статистика, собранная *Truzzi* к 25-летию операции Porro дает общую материнскую смертность в 24,8%, а сборная статистика *Winter'a* дает всего 6,7%. Заслуга *Porro* огромна, и если его операция в настоящее время производится не часто и лишь по специальным показаниям, то она дала могучий толчок для предложения все новых и новых усовершенствований методики.

Так *Sellheim* предложил для инфицированных случаев, для спасения жизни плода, свое родоразрешение через „маточно-брюшностеночный свищ“ (*Uterus-bauchdeckenistel*). Эта остроумная операция распространения не получила, но она заслуживает того, чтобы ее изложить.

Над симфизом по средней линии вскрывается брюшная полость; слои брюшной раны тщательно обшиваются париетальной брюшиной; затем продольно рассекается маточная брюшина и непрерывным швом оба ее лоскута пришиваются к париетальной брюшине, покрывающей края брюшного разреза. После этого вскрывается матка, извлекаются плод и послед, а края мышечной раны также фиксируются кнаружи, к краям раны. Так образуется „маточно-брюшностеночный свищ“, который в дальнейшем сокращается и сморщивается. Впоследствии остающееся свищевое отверстие требует оперативного закрытия. До 1929 г. операция *Sellheim'a* произведена всего 7 раз (*Sellheim 3, Dobbert, Kneise, Beutner, Pauncz*). Я не могу указать причины, почему эта столь продуманная и рациональная операция не получила признания, может быть потому, что в сомнительных случаях обходятся менее сложными вмешательствами (интраперитонеальное шеечное сечение, пубиотомия, высокие щипцы).

Как бы то ни было, цервикальное кесарское сечение осталось наиболее признанным методом для чистых и даже для „сомнительных“ случаев (*Matlius, Walthard, Gaifani* и др.). Упомяну предложение *Doyen'a* выводить дренаж во влагалище, предложение *Giles de Courcy* (1928) при кесарском сечении не вскрывать плодных оболочек, а извлекать через маточную рану плодное яйцо целиком путем отслойки его от стенок матки. В явно инфицированных случаях (гнойные выделения, высокая температура, частый пульс, знобы, наличие стрептококка в выделениях) шеечное сечение не применимо вовсе.

Для таких случаев французский акушер *Portes* в 1924 г. предложил свою оригинальную операцию, техника которой сводится к следующему: „разрез от

симфиза до пупка или несколько выше; матка выкатывается из брюшной полости, брюшная стенка зашивается вплоть до задней поверхности шейки. Матка сильно наклоняется кпереди, передняя поверхность ее разрезается по средней линии и извлекается плод; содержимое матки, вследствие сильного наклонения ее кпереди, не может попасть в брюшную полость. Зашивание стенки и удаление плода следует производить быстро: брюшная стенка, будучи зашитой до шейки, подходит к ней вплотную, сдавливая ее; это нарушает кровообращение и угрожает жизни ребенка. По удалении последнего и плаценты маточная стенка зашивается трехэтажным швом и протирается эфиром. Матка, покрытая влажными марлевыми компрессами, остается лежать экстраперитонеально впереди брюшной стенки в продолжение 20—30 дней. Если маточный разрез не заживает первичным натяжением, то швы удаляют, и через несколько дней, когда маточная рана очистится, зашивают ее вторично. Матка, лежащая вместе с придатками вне брюшной полости, продельывает тут инволюцию. Через 20—30 дней приступают ко второму акту операции Portes'a—погружению матки в брюшную полость (la reintegration). К этому моменту можно приступить лишь после того, как маточная и брюшностеночная раны совершенно очистятся (через 20—30 дней) (Черток).

Wagner сообщил (1926) о 4 случаях операции Portes'a, из них в двух случаях, казавшихся безнадежными, наступило выздоровление.

У нас в Союзе операция Portes'a впервые произведена Л. И. Бубличенко. Rauncz (Будапешт—1929) собрал из литературы 32 случая операции Portes'a с материнской смертностью в 18,75% и детской в 21,9%. Couvelaire (1916) видел беременность после операции Portes'a, в родах он произвел кесарское сечение. Durst (Югославия—1927) с успехом произвел операцию Portes'a. Для инфицированных случаев узкого таза Durst отмечает следующие возможности: 1) подкожная симфизинтомия (или пубиотомия), 2) операция Porro (или полная экстирпация), 3) один из методов Sellheim'a и пр. (Kouwer, Grimaut), 4) кесарское сечение классическое или шеечное с введением дренажа по Микуличу, 5) операция Portes'a. По Rauncz'у, в такой же мере, как для всех чистых случаев, методом выбора является шеечное кесарское сечение, для тяжело-инфицированных таковым единственно операция Sellheim'a.

После краткого обзора методов, предлагаемых для сомнительных и инфицированных случаев, какие же практические выводы мы можем для себя сделать? При узком тазе, при абсолютных показаниях к кесарскому сечению, во всех чистых случаях методом выбора является шеечное интраперитонеальное ретроэвизикальное сечение. Классический метод применяется при особых показаниях, напр. при повторном сечении, при осложнении предлежанием последа и пр. Операция при абсолютных показаниях делается в начале родов, „не выжидая“, „профилактически“. При показаниях относительных предпочтительным является также шеечное сечение. Тут его можно производить после более или менее длительного выжидания, спустя некоторое время после отхождения вод, причем безводный интервал может достигать 8—12—24 час., при условии нормальной температуры и отсутствии вагинального исследования. При более продолжительных безводных интервалах кесарское сечение следует признать рискованным, хотя в литературе имеются сообщения о хороших результатах и после очень долгого выжидания. Так Franz сообщает о 160 случаях шеечного сечения с общей смертностью в 1,25%: в 7 случаях воды прошли за 20—30 час. до операции, в 9 случаях за 30—72 часа (несколько раз температура была 38—38,5).

Решительно предостерегаю от производства кесарского сечения после подобных длительных „безводных интервалов“. Для Ed. Martin'a верхняя граница безводного интервала 5—6 часов, при большей длительности его он отказывается от кесарского сечения и предпочитает пубиотомию.

В процессе ведения родов в распоряжении врача-акушера имеется достаточно методов для оценки несоответствия между тазом и головкой (пельвиметрия, признак Непкел-Вастена, вдавливание головки по P. Müller'у с контролем per gestum, тщательное наблюдение за конфигурацией и продвижением головки), чтобы убедиться в возможности рождения плода через естественные родовые

пути и этим выявить показания к родоразрешению через живот. Приципиальное проведение „пробных родов“ отпадает за ненадобностью.

В „сомнительных“ по чистоте случаях, в момент выявления показаний к родоразрешению вступает в конкуренцию ряд оперативных методов: с одной стороны, высокие щипцы (при головке, прошедшей своей большей периферией тазовой вход), „показанный“ поворот на ножку с последующим извлечением (при подвижной головке), пубиотомия; с другой стороны — родоразрешение через живот. Последнее ни в коем случае не должно быть произведено в форме корпорального (классического) кесарского сечения, на долю которого остаются лишь случаи абсолютно чистые. Внебрюшинное кесарское, как мы видели, — операция сложная, опасная и, как таковая, также должна отпасть. К тому же, как вы видели, клетчатка менее устойчива против инфекции, чем брюшина. Остается опять-таки шеечное ретровезикальное сечение, при условии тщательного отгорожения брюшной полости от затекания в нее содержимого матки. Тут преимущества шеечного метода выявляются вполне — возможность изоляции брюшной полости, полное закрытие („герметическое“) маточной раны и покой ее в периоде послеродовой инволюции; идеальная перитонизация раневого ложа, расположение „сомнительной“ по чистоте области в малом тазу, что облегчает локализацию воспалительного процесса.

Все же считаю нужным указать, что родоразрешение через живот в сомнительных случаях приемлемо только в больничных (или клинических) учреждениях. В условиях участковой работы оно недопустимо. При мертвом плоде единственно показанная операция есть краниотомия.

Вопрос осложняется трудностью установить границу между „сомнительным“ случаем и „инфицированным“. Хорошее общее состояние роженицы, субфебрильная температура, редкий пульс, отсутствие знобов, „чистые“ выделения, отсутствие патогенных микробов в выделениях говорят за отсутствие инфекции. Впрочем случай, признанный сейчас „сомнительным“, через несколько часов может оказаться „явно инфицированным“.

В заведомо инфицированных случаях плод скоро погибает. Смерть внутриутробного плода развязывает врачу руки, и он приступает к краниотомии.

В крупной больнице, в клинике, при выраженном желании матери иметь живого младенца речь может идти об операции Рого или об операции Portes'a. При откaze роженицы от операции „через живот“ показана осторожная попытка наложения высоких щипцов, при неудаче ее с переходом на краниотомию,

В условиях участковой работы вопрос об операции Рого и Portes'a отпадает. В распоряжении врача остаются высокие щипцы, и то он возьмется за них после тщательного взвешивания условий к ним и при условии владения техникой этой технически трудной и далеко небезопасной операции. В резерве остается перфорация живого плода — операция, которой, теоретически рассуждая, не должно быть места в акушерстве, но которой, несмотря на все достижения оперативного родовспоможения, все же в исключительных случаях не избежать. „Во всех инфицированных случаях консервативное кесарское сечение, как внебрюшинное, так и внутрибрюшинное, следует отбросить. Тут речь может идти только о перфорации живого плода или радикальной операции (Рого или тотальная экстирпация, *Черток*). И врач, стоящий один на один перед случаем родов при узком тазе, не имеющий возможности и достаточного опыта произвести напр. операцию Рого, поневоле сделает осторожную попытку наложить высокие щипцы и, убедясь после первых тракций в рискованности или невозможности извлечь плод, приступит с болью в сердце к краниотомии на живом плоде.

La perforation de l'enfant vivant a vécu, — говорит *Pinard*. Перфорация живого плода отжила! Нет, к сожалению она еще не совсем отжила. Но мы уверены, что с развитием органов охраны материнства и младенчества, с безоговорочным охватом ими всех беременных и рожениц, с развитием сети родовспомогательных учреждений, с должным повышением квалификации медицинских работников — перфорация живого плода отживет и навсегда уйдет в область истории.

Интерес случая. Поступает 22-летняя первородящая, низкого роста с признаками перенесенного рахита. Роды срочные. Положение плода черепное.

Таз общесуженный, плоский. Распознается заднетеменное вставление, что и решает наш образ действий в родах. Показания к кесарскому сечению ставятся абсолютные при относительном сужении таза. Производится шеечное трансперитонеальное ретровезикальное кесарское сечение. Вес плода 3300 г. Послеоперационный период осложняется пиелитом и бронхитом. Выздоровление.

Случай 113-й

Ю. А. В., 23 лет (№ приемного журнала 9511), поступила в клинику 19 апреля 1929 года в 9 час. 15 мин. в родах.

Краткий анамнез: В. родилась в бедной семье чернорабочего. Мать ее умерла после родов от родильной горячки. В. вскармливалась искусственно, „на рожке“. В раннем детстве много ввела кишечником, ходить начала на 3-м году жизни. В школьном возрасте перенесла корь, дифтерию, скарлатину. Менструации начала носить с 12 лет, через 3 недели по 3—4 дня. 17 лет вышла замуж, вскоре же забеременела, по причине материальной нужды сделала себе искусственный аборт; вторую беременность доносила. Роды происходили в деревне, длились очень долго, вызванный участковый врач „просверлил головку“. После родов не болела. Через год вновь забеременела; на этот раз отправилась рожать в провинциальный город; роды были тяжелые, также закончились перфорацией головки (1926 г.). Оба младенца были большие. Забеременев 4-й раз В. решила схватить для родов в Ленинград, где и разрешилась (1 год 8 месяцев тому назад) путем кесарского сечения. Вес ребенка 4 кг. После родов долго болела левосторонним маститом. Ребенка все же кормила, он жив и здоров. Настоящая беременность пятая. Последние регулы 16 июня 1928 г. Беременность протекала без особенностей. Срока первых движений плода указать не может. Иосещала консультацию, где ей дали совет рожать в клинике.

В ночь на 19 апреля в 1 час начались слабые родовые боли. Подождя до утра, роженица отправилась в клинику, куда и прибыла в 9 час. 15 мин.

При поступлении: роженица роста ниже среднего (146 см), правильного телосложения, плохого питания, брюнетка. Температура — 36,7°. Пульс 76. Со стороны внутренних органов изменений нет. Голова типа квадратной. Рахитические зубы. Грудь развита мало, соски и кружки почти черные, на левой груди два операционных рубца, расположенных радиально к соску. Нижние конечности короткие. Бедрa при стоянии не смыкаются. Голени саблевидные. Отеков нет. Варикозные расширения вен. Живот очень большой, резко отвислый. Наибольшая окружность его 105 см. По средней линии широкий операционный, резко пигментированный, почти черный, рубец от пупка до лобка. Брюшные стенки дряблые, кожа истончена, испещрена бесчисленными мелкими старыми полосами беременности. Матка большая, неправильно овоидной формы. Высота дна матки от симфиза (в лежачем положении) 39 см. В дне матки в правом подреберье — ягодицы, спинка справа. Мелкие части легко прощупываются слева. Предлежит головка, отклонившаяся влево (в левой подвздошной впадине), очень подвижная. Сердечные тоны справа на уровне пупка, 140 ударов в минуту. Размеры таза: *dist. spin.* — 27 см; *dist. crist.* — 28 см; *dist. troch.* — 30 см; *conj. ext.* — 17 см; *conj. lat.* — 13,5 см. Окружность таза 75 см.

Ромб Michaelis'a почти треугольной формы, резко выступают задне-верхние ости. Размер Litzmann'a — 7 см., Tridondani — 7,5 см.

Родовые схватки редкие и слабые, воды не отходили.

Каков предварительный диагноз?

Срочные, а может быть и переносенные роды у многорожавшей.

Рахитический плоский таз. Косое положение плода. Роды вначале.

Действительно данные исследования столь характерны, что диагноз поставить не трудно. Типический анамнез детства, тяжелый акушерский анамнез (2 раза краниотомия, кесарское сечение), общий вид роженицы (рост, отвислый живот, саблевидные голени), данные измерения таза и ромба Michaelis'a — все это не оставляет сомнения в диагнозе рахитического плоского таза. Роды могут быть переносенные: ведь срок родов 24 марта, а сегодня 19 апреля. Положение плода определено косое. Головка крупная, твердая, расположена над крылом левой подвздошной кости.

Дополним *status* ректальным исследованием и выработаем план ведения родов.

Наружные части развиты правильно. На больших губах несколько варикозных узлов. Половая щель зияет. Застарелый разрыв промежности. Выделения чистые, слизистые.

Per gestum полость таза пустая. Крестец резко приближен к симфизу. Мыс нависает, передняя поверхность его деформирована, плоская, копчик несколько загнут вперед. Боковые стенки таза в задних отделах пальцем не достигаются. Симфиз низкий, выступает гребешком симфизарный хрящ. Шейка существует, наружный зев зияет (боковые разрывы шейки). Предлежащая часть не определяется. Лонная дуга широка, полого.

Данные ректального исследования подтверждают диагноз. Диагональная конъюгата нам неизвестна, но будем ли мы исследовать вагинально? Нет, мы воздержимся от него: может быть придется делать кесарское сечение.

Каков же план ведения родов?

1. В виду косою положения надо роженицу уложить на левый бок и дождаться полного открытия, после чего сделать поворот на ножку с последующим извлечением.

2. Нельзя роды вести выжидательно. Показано немедленно кесарское сечение, тем более что при предыдущих родах было сделано кесарское сечение.

В данном случае особенное значение имеет акушерский анамнез. Всего было трое родов, все роды были патологические, два раза родоразрешение без вмешательства врача оказалось невозможным, оба раза была произведена краниотомия. Дети были „большие“. При третьих родах было произведено кесарское сечение: вес ребенка 4 кг. Теперь мы видим огромный отвислый живот, окружность — 105 см. Головка производит впечатление большой, твердой. Положение плода неправильное. Это нас не удивляет при таких растянутых дряблых брюшных стенках у многорожавшей. Хватит ли у нас решимости вести роды выжидательно? Неужели мы можем быть уверены, что после поворота удастся извлечь головку через суженный тазовой вход? Нет, мы не только в этом не уверены, наоборот, мы почти уверены, что ее извлечь не удастся, что она застрянет во входе и что ее придется перфорировать.

К тому же есть обстоятельство, которое сразу должно положить конец колебаниям: при предыдущих родах было произведено кесарское сечение! На матке имеется рубец! Неужели мы можем рассчитывать, что он выдержит длительный, может быть очень тяжелый период изгнания? Вправе ли мы ожидать, что матка, так много перенесшая, матка с кесарским рубцом, будет функционально на высоте, что рубец выдержит и не наступит разрыва по рубцу?

На это мы рассчитывать не можем!

Неужели же женщина, перенесшая один раз кесарское сечение, уже не может рожать без оперативной помощи? Мы несколько раз видели самопроизвольные роды у женщин, которым мы же делали раньше кесарское сечение. Но в тех случаях кесарское сечение было произведено по поводу эклампсии и предлежания последа. Там не было пространственного несоответствия между тазом и плодом. Там таз был нормальный. Это же кесарское сечение было произведено по поводу узкого таза, с тех пор ведь суженный таз не расширился, он остался узким, а плод при настоящих родах большой, он может быть даже переносен. А поэтому, если кесарское сечение было произведено по поводу узкого таза, то при следующих родах безоговорочно показано повторное кесарское. Загляните во второй том семинария; там изложен катастрофический случай (64-й) разрыва матки после кесарского сечения; там была допущена роковая ошибка! Больше мы такой ошибки не сделаем.

Итак показано повторное кесарское сечение.

Можно ли подождать? Ни в коем случае! В литературе известны случаи разрыва кесарского рубца еще до начала болей, во время беременности, описано много случаев разрыва рубца в периоде раскрытия, еще больше — в периоде изгнания. А поэтому *Barchet* (1928) рекомендует повторное кесарское сечение делать до начала болей.

Роды в ходу. Надо оперировать немедленно.

На каком методе остановиться? Этот вопрос решить труднее. Методом выбора в случаях узкого таза для нас является шеечное интраперитонеальное ретроэвизикальное сечение. Казалось бы в данном случае мы должны остановиться на нем же. С другой стороны, мы не знаем, какие изменения мы найдем в брюшной полости. По какому методу была произведена прошлый раз операция? Повидимому по шеечному. За это говорит рубец, идущий от пупка до лобка. Можно и повторное сечение сделать по тому же методу, иссечь безобразный кожный рубец, вскрыть брюшную полость ниже пупка и повторить шеечное сечение. Недавно мне пришлось так оперировать: сращений не было, на брюшине переднего дугласа не было даже следов от первой операции, пузырь очень легко удалось отсепаровать от шейки матки. Тогда мы удивлялись полному исчезновению следов бывшей операции. Можем ли мы в данном случае рассчитывать

встретить такие благоприятные условия? Вряд ли! Больная долго хворала после первого кесарского. В брюшной ране повидимому было нагноение. Мы вправе ожидать и в области переходной складки рубцовые изменения, может быть даже обширные сращения. Мы предлагаем корпоральный метод, классическое кесарское сечение.

Пока идет подготовка к операции, обсудим вопрос, делать ли стерилизацию или нет? Выше я уже говорил, что одни авторы делают стерилизацию, если женщина этого желает уже при первом кесарском (*Scipiades, Феноменов, Fritsch, Личукс*), другие стерилизуют при втором сечении (*Scheffzek, Küstner, Couvelaire*), наконец третьи (*Doerjler, Whitridge, Williams, Doléris*) — при третьей операции. *A. H. Орлов* считает, что стерилизация при первом кесарском сечении должна производиться лишь по медицинским показаниям; стерилизация по социально-биологическим показаниям может производиться с согласия больной при наличии не менее 2—3 живых детей. *Л. А. Кривский* (1908) приводит 144 случая с двукратным, 17 с трехкратным и 5 случаев с четырехкратным кесарским сечением. *Thoms* сообщает о случаях 4—6 и даже 7-кратного кесарского сечения. По анкете *Routh* в Англии 9 операторов стерилизуют всегда, 23 — никогда, 11 — после одного или двух деторождений (цит. по *Пальмову*). *Winter* хочет при узком тазе вовсе отказаться от стерилизации, *Henkel* стерилизует в исключительных случаях, *Stratz* лишь при абсолютном сужении таза. Клиника Отта считает, что на стерилизацию нужно идти „тем охотнее, чем большее число кесарских сечений перенесла женщина“.

Лично я полагаю, что рационально стерилизовать при втором кесарском сечении, если первый ребенок жив и если роженица не возражает против стерилизации. Методом стерилизации, наилучшим при доношенных родах, я считаю перевязку труб по *Madlener*'у. Свой способ я тут не применяю (том I, стр. 106) из-за обилия крупных сосудов в этой области.

Итак мы решились на немедленное производство корпорального кесарского сечения со стерилизацией по *Madlener*'у.

Спрошенная роженица согласна на операцию и просит о стерилизации.

19 апреля в 10 час. 15 мин. операция. Под общим (смешанным наркозом) после обычной подготовки операционного поля разрез брюшной стенки по средней линии длиной в 18—20 см, так что половина разреза приходится выше пупка, половина — ниже его. Пупок ободен слева. Послойно вскрыта брюшная полость. Матка рукою выведена (выкачена) наружу. На края брюшного разреза наложены пулевые (2 пары), перекрещены. Матка обложена сзади и с боков полотенцами, осмотрена. На передней поверхности тела рубца нет. Внизу, в области переходной складки, пленчатые спайки брюшины. По расположению круглых связок (сближены между собой) и выпячиванию задней стенки матки решено, что плацента прикреплена к задней ее стенке. Продольный разрез по передней стенке тела матки, строго по средней линии, от дна книзу на протяжении около 12 см через серозу и мускулатуру. Кровотечение умеренное. Стали видны плодные оболочки, разорваны, рукой войдено в плодный мешок, плод извлечен за ножку и поднят вверх. Младенец крупный, женского пола, сразу закричал. Через минуту пуповина перерезана между двумя зажимами. Ребенок передан акушерке. Началось сильное кровотечение. В стенку матки впрыснут 1 см³ питуитрина. Плацента с оболочками извлечена рукой. Края маточной раны взяты с обеих сторон на пулевые, полость матки осмотрена, обсушена сухой марлей, вытерта марлей со спиртом.

Приступлено к зашиванию. На мускулатуру наложен ряд узловых кэтгутовых швов, не прокалывающих серозного покрова и не проникающих до decidua. Второй этаж — непрерывный кэтгутовый серомускулярный шов, зашитая рана смочена риванолом. Затем приступлено к стерилизации. Левая труба на середине протяжения захвачена зажимом и подтянута, ниже наложен на нее второй зажим, захватывающий оба колена петли; этот второй зажим заменен крепкой ниткой. Первый зажим снят. То же сделано на правой трубе. Обсушена брюшная полость. Удалены полотенца, с краев брюшной раны сняты пулевые. Матка погружена в брюшную полость, на нее спущен салыник. Брюшная стенка зашита послойно: непрерывный кэтгут на брюшину, узловые швы на прямые мышцы, непрерывный шов на апоневроз. Три стянутых шва и серфины на кожу. Коллодийная заклепка. Продолжительность операции 20 мин.

Больная перенесла операцию хорошо.

Переведена в палату: назначено наблюдение за маткой и наружным кровотечением и пульсом, лед на живот, эрготин под кожу.

Вес ребенка 4000 г, развитие его правильное. Послеоперационный период без осложнений. Максимальная температура — 37,6°. Максимальный пульс — 76. Кормила ребенка с первого дня. Трещины сосков потребовали назначения прижигания их раствором марганцево-кислого кали (1:16) и мази с перувианским бальзамом. Швы сняты 26 апреля. 3 мая (14 дней после операции) родильница выписалась домой с ребенком.

Мы сделали классическое кесарское сечение, несмотря на то, что принципиально отдаем предпочтение шеечному методу. Мы поступили так, желая

обойти поле операции, бывшей 1 год 8 мес. тому назад и может быть осложнившейся местным воспалением, давшим рубцевые изменения в тканях, сращения брюшины. Мы не согласны с *Doerfler*'ом, считаящим, что корпоральное кесарское сечение должно быть раз навсегда вычеркнуто из списка современных операций. Для нас существуют случаи, где мы предпочитаем корпоральное сечение шеечному: это — предлежание последа, случай, где нужна максимальная быстрота (тяжелые терапевтические заболевания) и некоторые случаи повторных операций.

Мы признаем, что корпоральное сечение имеет свои теневые стороны. Будь оно методом идеально-хорошим, не было бы предложено столько модификаций. Огромная сборная статистика *Winter*'а (4450 случаев) дает для корпорального метода 6,4% смертности, для метода *Fritsch*'а — 8,9%, для интраперитонеального шеечного лишь 3,7%.

Преимущества шеечного сечения перед корпоральным, недочеты последнего я уже изложил в беседе 11-й. Здесь я коснусь только вопроса о сращениях после кесарского сечения. Я несколько раз при повторном кесарском сечении находил приращение кишечных петель и сальника к матке. Эти спайки обычно легко разъединялись. Впрочем, в одном случае к передней стенке матки был крепко прирачен такой большой конволют кишек и сальника, что при повторном сечении пришлось делать разрез по *Polano*, т. е. рассечение задней стенки матки.

Я не стану приводить проценты сращений после классического сечения, об этом имеется большая литература, скажу лишь, что сращений после классического метода несравненно больше, чем после шеечного. Тут они исключение. И в нашем случае не было вовсе приращения каких-либо органов к оперированной области.

По *Krause*, на 36 случаев в 12 не было никаких сращений, *Asemann* видел сращения лишь в 7 случаях из 31. *Wallace* только в 16% повторного кесарского не нашел сращений. *Neumann* встретил сращения во всех 18 случаях. *Якобсон* во всех 4-х случаях своего материала отмечает сращения с внутренними органами и брюшной стенкой. *Пальмов* в 1 из 3, *Орлов* в 3 из 5. *Essen-Möller* на 108 случаев повторного кесарского сечения определил процент сращений цифрой 20.

Понятно, что сращения скорее образуются, если послеоперационный период был осложнен воспалительным или нагноительным процессом. Редкостью являются случаи странгуляционного илеуса после кесарского сечения. Подобные случаи описаны *Ahlfeld*'ом, *Leopold*'ом, *Zweifel*'ем, *Zacharias*'ом и *Döderlein*'ом и собраны *Rauch*'ом. *Häggstrom* сообщает о своих 5 случаях илеуса и приводит еще из литературы 30 случаев. Частоту непроходимости он исчисляет в 1%, смертность равняется 30 — 50%.

В случаях, протекших неасептично или зашитых неправильно, самый рубец в стенке матки не линейный, а широкий истонченный. Если после гладкого заживления *Audebert* в 73% на экстирпированных матках нашел такое совершенное прорастание рубца мышечными элементами, что и найти рубец было трудно, то это касалось случаев неосложненного течения послеоперационного периода. После лихорадочного его течения нельзя ожидать *restitutio ad integrum*. Истончения рубца, грыжевые его вытягивания — не редкость. Понятно, что такие рубцы предрасполагают к разрыву при последующей беременности. Об этом я уже говорил в беседе 64-й II тома.

Рубец является *locus minoris resistentiae*; под влиянием повышенного внутриматочного давления он растягивается с каждой схваткой все больше и больше, и на высоте одной из схваток может произойти катастрофа — разрыв рубца с последующим выхождением плода в брюшную полость. Просматривая литературу о разрывах в кесарском рубце, убеждаешься, что с усовершенствованием техники зашивания и методов асептики разрывы матки после кесарского сечения становятся реже и реже. *Couvelaire* находил плохие рубцы после кесарского в 16%, *Schröder* (1916) собрал 63 случая разрыва с материнской смертностью в 18,96%. Частоту разрывов после кесарского он определяет в 1,2%, *Holland* — в 4%, *Audebert* — в 6%, *Ramos* и *Gudroy* (Буэнос-Айрес — 1929) — в 1,2 (4%).

Многие авторы отмечают, что разрывы рубца после шеечного сечения встречаются значительно реже, чем после корпореального. Описаны единичные случаи (*Wolff, Freund, Franz, Vogt, Lichtenstein, Martius, King*), по *Schröder*'у — разрыв матки после кесарского падает в 71,15% на метод *Fritsch*'а, он значительно реже после классического сечения, реже всего после цервикального.

Winter считает рубец в нижнем отделе матки значительно более стойким и крепким. Он видел ряд случаев произвольных родов без каких-либо осложнений. Я лично видел 2 случая самопроизвольных родов у женщин, перенесших шеечное сечение по поводу эклампсии. Это и понятно, если вспомнить, что зашитая мускулатура матки в области шейки и нижнего сегмента имеет в послеродовом периоде больше покоя, а при последующих родах мускулатуре этой области приходится меньше испытывать на себе повышенное внутриматочное давление и меньше участвовать в активной работе, чем мускулатура тела матки. Предпосылкой получения хорошего, стойкого рубца являются безукоризненная техника зашивания и идеальная асептика. Материал шва (кэтгут, шелк, нитка), повидимому, имеет второстепенное значение.

Изложенное укрепляет нас в правильности принципиального предпочтения для первичного кесарского сечения шеечного метода. При повторном кесарском я бы предложил варьировать. Если первая операция была произведена по шеечному методу, то при повторном кесарском я предпочитаю корпореальное сечение, потому что рассечение переходной складки и отслойка пузыря могут встретиться затруднения, как указал и *Winter*. Наоборот, если первая операция произведена по корпореальному методу, то лучше вторую делать по шеечному или по *Polano*, т. е. рассекая тело матки по задней ее стенке. Хотя сращения в области первичного рубца в большинстве случаев разъединяются легко, все же лучше не оперировать в области старого рубца, а идти по другому пути.

Интересно, что заболеваемость после повторного кесарского не выше, чем после первичного. После 31 повторной операции (*Asemann*) ни одна больная не погибла (5% детей умерли). Сборная статистика *Lihocky* (14 случаев) дает 0% смертности. В общем установлено, что повторное кесарское сечение не опасно первичного (*Грамматикати, В. Н. Орлов, Л. А. Кривский, Коломенкин, Swift*).

В общем предсказание повторного кесарского лучше, чем после первичного (*Ahlfeld, Olshausen, Winter*), может быть потому, что, как полагает *Winter*, женщина уже перенесшая операцию, заблаговременно обращается за врачебным наблюдением; по мнению *Якобсона* — потому, что „брюшина легче переносит инсульты при вторичном вмешательстве“.

В заключение обратите внимание на то, что в данном случае после первого кесарского сечения прошло всего 1 год и 8 месяцев. У нее плодовитость не понизилась. Все же обширные наблюдения указывают, что обычно после перенесенного кесарского сечения плодовитость женщин резко понижается. Это обстоятельство имеет большое социальное значение, особенно в настоящее время, когда кесарское сечение получило невиданное распространение. По *Hellmuth*'у, после первого кесарского сечения остаются бесплодными 30% браков, после второго — 64%. В среднем частота последующих родов у женщин, перенесших кесарское сечение, выражается в следующих числах: 1,6 (*Siegel*), 1,4 ребенка (*Doerfler*), 2 (*Gauss*).

По *Martius*'у, 39% женщин, перенесших кесарское сечение, остаются стерильными по *Wieelle* — 49,3%, по *Gauss*'у — даже 64,3%.

Эти цифры чрезвычайно серьезны и заставляют нас опять и опять предостерегать от чрезмерного увлечения операцией кесарского сечения.

Интерес случая. 23-летняя многорожавшая поступает в начале родов. В анамнезе 2 раза краниотомия и брюшностеночное кесарское сечение. Таз рахитический, плоский. Положение плода косое. Роды повидимому перенесенные. Показания к повторному кесарскому абсолютные. Дано предпочтение корпореальному методу со стерилизацией.

Произведено классическое кесарское, стерилизация по *Madlener*'у. Вес ребенка 4000 г. Выздоровление.

Случай 114-й

Т. В. Г., 34 лет (№ приемного журнала 1236), поступила в больницу 24 ноября 1924 г. в 13 час. 20 мин. в родах.

Краткий анамнез: Г. росла в рабочей семье, слабым ребенком. В раннем детстве перенесла „английскую болезнь“, в школьном — корь и скарлатину. Месячные начала носить с 14 лет, через месяц, по 3—7 дней. 20 лет вышла замуж. До настоящей имела 7 беременностей, из них одна закончилась самопроизвольным выкидышем на 4-м месяце. Родила 6 раз, все роды были трудными при первых были наложены щипцы, ребенка оживить не удалось, третьего ребенка извлекли ножки, ребенок был мертвый, 4 раза роды закончились спонтанно, все они длились очень долго. Детей каждый раз приходилось „откачивать“. О весе их Г. ничего не может сообщить. Всего живых детей родила троих, один из них впоследствии умер. В настоящее время в живых двое. Последние роды 1½ года тому назад. Последние месячные 21 февраля. Беременность протекала без особенностей. Родовые боли начались 23 ноября в 23 часа 30 мин. Роженица осталась полусоток дома, не желая рано поступать в больницу. 24 ноября в 12 час. отошли воды, после чего она отправилась в больницу, куда и поступила в 13 час. 20 мин.

При поступлении: роженица правильного телосложения, роста среднего (152 см), удовлетворительного питания, темная блондинка. Т. 36,5°. Пульс 72, ровный. Сердце и легкие без изменений. Грудная клетка без деформаций. Нижние конечности искривлены в виде genu valgum. Отеков нет; резкие варикозные расширения вен. Живот большой, отвислый. Пигментация не резкая, обилие старых полос беременности. Пупок выпячен. Окружность живота 100 см. Матка овоидной формы, дно на 3 пальца ниже пупка. Высота дна над симфизом 39 см. В дне матки — ягодицы, спинка слева. Над входом подвижная, крупная головка. Сердечные тоны слева ниже пупка, 140 ударов в минуту.

Размер таза: dist. spin. — 23 см; dist. crist. — 24 см; dist. troch. — 29 см; conj. ext. 16 см. Окружность таза 73 см. Ромб Michaelis'a уменьшен в размерах, надкрестцовая ямка снижена, верхней угло тупой. Размер Litzmann'a 7 см, Tridondani — 8,5 см.

Родовые схватки умеренной силы через 10 мин.

Каков предварительный диагноз?

1. Срочные роды у многородящей. Рахитический плоский таз. Первое черепное положение.

2. Таз не только плоский, он общесуженный. Преждевременное отхождение околоплодных вод. Необходимо тщательное исследование.

Анамнез детства, наружная пельвиметрия, исследование ромба Michaelis'a — все это с несомненностью указывает на наличие рахитического плоского таза. Кроме рахитического уплощения мы вправе предполагать общее сужение таза. Судя по анамнезу и наружному исследованию — роды доношенные, плод крупный, положение его правильное.

Акушерский анамнез предвещает и на этот раз тяжелое течение родов, тем более что по отхождению вод головка, несмотря на удовлетворительные схватки, не обнаруживает тенденции центрироваться во входе. Действительно, необходимо более детальное исследование.

В 15 час. исследование per gestum: полость таза пустая. Крестец близко, мыс резко выступает, крестец типичский для рахита. Боковые стенки таза приближены, безыменную линию с обеих сторон легко обойти пальцем. Шейка сглажена, зев раскрыт на 3 пальца. Пузыря нет. Головка стоит очень высоко и подвижна.

Дежурный врач решил измерить наклонную конъюгату.

В 16 час. 30 мин. исследование per vaginam: наружные части развиты правильно. Половая щель зияет, стенки влагалища, особенно задняя, опущены, выделения чистые, слизистые. Зев открыт на 3—3½ пальца, края его толстые. Головка еле достижается. Мыс достижим легко, Ложного мыса нет. Измерена диагональная конъюгата — 9,25 см.

Ясно, что перед нами тяжкая патология. Точный диагноз теперь таков: срочные роды у многородящей. Первое черепное предлежание. Общесуженный плоский таз. Истинная конъюгата — 7,5 см. Преждевременное отхождение вод. Идет период раскрытия.

А какова степень несоответствия между тазом и головкой?

Мы фиксировали головку снаружи ко входу: она выступает над симфизом — признак Henkel-Вастена положительный.

Мы применили вдавливание головки по P. Müller'y с контролем per gestum: она не вдавливается. Мы повторили то же самое в Walcher'овском положении роженицы — головка не продвигается. Несоответствие явное.

Что делать?

1. Нужно сделать профилактический поворот.
2. Показано кесарское сечение.

Мы признали таз анатомически суженным, функционально узким. Мы вряд ли можем рассчитывать на стоптанное родоразрешение. Какие же вмешательства вступают в данном случае в конкуренцию? О высоких щипцах речи нет: головка подвижна над входом, открытие зева далеко не достаточное — щипцы противопоказаны и не показаны.

Профилактический поворот технически возможен. Но удастся ли извлечь плод живым? Вряд ли, головка не сможет пройти через узкий вход: она застрянет. Придется делать перфорацию последующей головки. Показано брюшно-стеночное кесарское сечение. Признаюсь, в настоящее время мы бы так и поступили и предложили бы роженице операцию „через живот“. Правда, воды уже прошли, но безводный интервал невелик: всего около 4 часов. Правда — было произведено вагинальное исследование, но всего 1 раз, в больнице, нами же, с соблюдением всех правил асептики.

Повторяю, теперь мы все-таки решились бы на кесарское сечение, и именно на шеечное трансперитонеальное ретровезикальное.

В то время (1924 г.) мы решили вести роды вначале консервативно с тем, чтобы потом предложить роженице „распил таза“. Действительно, обилие в литературе блестящих статистик тазорасширяющих операций, ряд собственных случаев с благоприятным исходом для матери и плода ободрили нас в этом направлении, а мысль обойти крупную операцию кесарского сечения путем расширения суженного тазового кольца нельзя не признать заманчивой.

Что же такое тазорасширяющая операция и каково ее значение для практического родовспоможения?

Уже давно, в XVIII в. *Sigault* (1777) рассек симфиз у 30-летней много-рождавшей с тяжелым акушерским анамнезом, с благоприятным исходом для матери и плода. В дальнейшем он представил оперированную (правда, с моче-вым свищом) медицинскому факультету в Париже. С этого времени мысль расширить узкий таз в родах путем его расщепления облетела весь ученый мир и встретила восторженный прием. Однако, уже вскоре ряд неудач заставил акушеров того времени отказаться от этой операции, и такие авторитеты, как *Baudelocque* во Франции и *Siebold* в Германии (1845) вынесли этой операции уничтожающий приговор. Все же мысль о расширении таза в родах не умерла, она в конце XIX в. возродилась в Италии (*Morisoni*) и с 1891 г. пошла новая волна симфизеотомии. Операция стала производиться в Италии, во Франции, особенно распространилась в Германии. В России первую тазорасширяющую операцию произвел *А. Я. Крассовский* в 1892 г.

Теоретически расщепление костного таза в родах вполне обосновано. Уже при физиологических родах анатомом *Luschka* доказано увеличение подвижности в сочленениях таза вследствие увеличения в них синовиальной жидкости и разрыхления связочного аппарата. *Walcher*'овское положение роженицы допускает воспользоваться этой увеличенной подвижностью в целях получения увеличения тазового входа. При оперативном расщеплении таза (будь то путем разреза симфизарного хряща или распила лонной кости) расширение костного таза должно быть гораздо большим. Тазовое кольцо раздается изнутри наружу, зияет спереди, боковые его части смещаются по отношению к крестцу, причем чрезмерному их смещению противодействует мощный связочный аппарат крестцовоподвздошных сочленений.

Расхождение симфиза колеблется между 4 и 8 см. Это расхождение всегда сопровождается травматизацией подвздошных связок.

И если расхождение симфиза на 4 см уже влечет за собою некоторую травму связок, то при расхождении на 7—8 см связки разрываются, и таз грозит распасться на 3 части. Исследования на трупах, произведенные русским врачом *Димантом*, доказали, что при симфизеотомии прямой размер входа увеличивается на 1,5 см, прямой размер полости таза — на 0,9 см, выхода — на 0,6 см. Смотря по степени расхождения симфиза истинная конъюгата увеличивается на 0,5—2 см. Еще больше увеличиваются при этой операции поперечные размеры таза, чего по существу и не требуется. Вследствие увеличения тазового входа суженный таз перестает быть узким и допускает рождение плода самопроизвольное или оперативное.

С улучшением техники улучшились и результаты операции.

Если прежде смертность матерей после тазорасширяющих операций достигала 30%, то теперь статистика гласит иное. Материнская смертность у *Schläfli*—4,6%, *Roth'a*—2,4%, *Römer'a*—2,66%, *Döderlein'a*—4%, *Frank'a*—0,3%. Сборная статистика *Dietrich'a*, обнимающая 500 случаев, дает смертность матерей 6%, детей—6,2%. У *Höhne* все дети родились живыми.

Детская смертность, по *Baisch'y*,—4,5%, *Roth'y*—7%, *Römer'y*—6,8%, *Zweifel'y*—8,8%, *Morisani*—5,4%, *Pinard'y*—10%, *Neugebauer'y*—12,5%.

Frank указывает для симфизеотомии детскую смертность в 10%, *Kehrer*—в 10,3%, *Stöckel* имеет на 72 пубнотомии—2,8% материнской и 5,6% детской смертности.

Подобные благоприятные результаты не могли не увеличить числа сторонников тазорасширяющих операций, тем более, что операции, конкурирующие с тазорасширяющими операциями, давали худший прогноз. Искусственные преждевременные роды давали и по настоящее время дают высокую детскую смертность (до 30%). Высокие щипцы, как мы видели в беседе 105-й, не могут похвалиться блестящими результатами. Средняя детская смертность—25—30%. То же можно сказать о профилактическом повороте. Остается брюшностеночное кесарское сечение. Я уже говорил, что в нашем случае я бы в настоящее время склонился к кесарскому сечению, учитывая показания, противопоказания и условия той и другой операции.

Ввиду практической важности вопроса позволю себе на нем остановиться.

Для тазорасширяющих операций требуется тщательная установка показаний. Они показаны при тазах, суженных в прямом размере входа, т. е. при плоских тазах, особенно рахитических, противопоказаны при остеомаляции, при всех анкилотических тазах (косых, поперечно-суженных). Допустимы при кифотических, коксальгических. Общеравномерносуженный и простой плоский тазы редко дают показания к операции, потому что при них степень укорочения истинной конъюгаты обычно небольшая.

Много споров вызвал вопрос о степени сужения, показывающей тазорасширяющие операции. Не вдаваясь в подробности, скажу, что авторы склонны видеть нижнюю границу сужения при истинной конъюгате в 7 см, верхнюю—8 см. *Holländer* определяет нижнюю границу в 6—7 см, *Sachs*—даже в 6,2 см). Тут я хочу повторить то, что подчеркивал уже несколько раз. Практическое родовспоможение не математика. Нельзя ставить показания к той или иной операции по миллиметрам сужения одного размера таза. Кроме того, головка не есть величина постоянная и равная для всех. Головка плода имеет способность в родах пластически приспособляться к встречаемому ею пространственным условиям. После расщепления таза головка утрачивает способность, изменяя свою конфигурацию, приспособляться к размерам таза, которая так значительно облегчает ее прохождение через неповрежденное, сплошное тазовое кольцо (*Груздев*). А поэтому не абсолютная величина истинной конъюгаты должна решить образ действий врача в родах, а наблюдение за ходом родов.

Кроме наблюдения за механизмом вставления и способностью головки путем конфигурации внедряться в тазовой вход, имеет значение и акушерский анамнез, позволяющий судить о возможности разрешения силами природы. Вот почему тазорасширяющие операции более уместны у многородящих. Если же учесть возможность тяжелых повреждений мягких родовых путей при оперативном извлечении плода после расщепления таза и особенно происходящих вследствие самого расхождения тазовых костей, то станет понятным, что большинство авторов считает тазорасширяющие операции допустимыми лишь у повторнородящих и противопоказанными у первородящих. А эти повреждения могут быть серьезными. Расхождение тазового кольца в симфизе или около него на 5—6—7 см влечет за собою разрыв связок крестцовоподвздошных сочленений, нередко разрывы ножек клитора, венозных сплетений пузыря, дающих сильные кровотечения, повреждения мочевого пузыря и уретры, влекущие за собой недержание мочи (свищи). Эти ранения заживают трудно и могут служить входными воротами для инфекции, особенно в случаях сообщения их с просветом влагалища (сквозные ранения).

Все эти соображения существенно суживают показание к тазорасширяющим операциям. Речь о них может возникнуть лишь у повторнородящих с плоским тазом, со средними степенями сужения (С. v. 7—8 см). Вопрос о том, можно ли предпринимать симфизеотомию или пубиотомию при повышенной температуре матери—еще не решен. Большинство авторов не склонно видеть в лихорадке противопоказания. Все же, учитывая возможность нанесения травм подчас сложных, проникающих далеко в тазовую клетчатку и трудно заживающих, следует при этих условиях признать операцию рискованной.

Условиями к тазорасширяющим операциям являются (по *Груздеву*) 1) наличие живого плода, потому что именно в его интересах производится операция (при мертвом плоде вступает в права краниотомия); 2) полное или почти полное раскрытие шейки; 3) отсутствие признаков септической инфекции; 4) известная опытность оператора, 5) соответствующая обстановка (клиническая или больничная) и ассистентура и наконец 6) согласие роженицы. Тут я должен сказать, что роженицы обычно боятся „распила таза“, и врач не вправе характеризовать операцию как легкую. Тазорасширяющая операция всегда серьезна и сопряжена с риском для здоровья женщины и жизни ее. Что бы ни говорили некоторые авторы о возможности произвести операцию в любой обстановке, следует отстаивать точку зрения, что пубиотомия (а тем более симфизеотомия) принадлежит клинике и больнице.

Тазорасширяющая операция не должна быть произведена слишком рано. Каждому акушеру известно, что нередко природа преодолевает большие трудности, и в конкретном случае поражаешься, как совершилось спонтанное изгнание. Только когда врач путем продолжительного наблюдения убедился в том, что препятствие непреодолимо, он вправе приступить к тазорасширяющей операции.

Наличие явлений растяжения нижнего сегмента отнюдь не служит противопоказанием к операции. По расщеплению таза, когда головка получает возможность опуститься в полость таза, картина угрожающего разрыва матки проходит.

Итак, мы решили вести роды вначале консервативно.

До вечера 24 ноября и всю ночь на 25-е родовая деятельность была вполне удовлетворительной: схватки чередовались через 10—8—5 мин; к утру они стали сильнее и болезненнее.

Утром (25 ноября 8 часов) общее состояние роженицы удовлетворительно. Т.—37,2°. Пульс 96. Матка вытянута в длину, 2 пальца ниже пупка ощупывается косоидущая борозда. Нижний сегмент растянут, чувствителен. Головка малым сегментом неподвижна во входе. Подбородок справа, затылок слева. Признак *Henkel-Вастена* резко положительный. Сердечные тоны плода 120—112 в мин. Рег гестим: полость таза пустая. Головка во входе, покрыта значительной родовой опухолью, стреловидный шов в поперечном разрезе. Резкая конфигурация. Мыс достигим.

Есть ли показания к родоразрешению?

Да, показания абсолютные, как со стороны плода (замедление сердечных тонов), так и со стороны матери (явления растяжения матки).

Двух мнений быть не может: надо кончать. Конкурировать могли бы два способа вмешательства: кесарское сечение и тазорасширяющая операция; мы решили на последнюю.

Как оперировать?

Операция расширения таза с течением времени претерпела ряд видоизменений. Симфизеотомия, столь опасная в смысле ранений и кровотечений, уступила место гебостеотомии (пубиотомии). Мысль перенести место рассечения с сустава на кость возникла еще в XVIII в. (*Aitken*). Эта „пельвиотомия“ впервые на живой была произведена в 1832 г. *Galbiati*; истинным же родоначальником операции считается итальянец *Leonardo Gigli* (1893). В России первая пубиотомия сделана *Китнером* в 1904 г. Теоретически более правильно рассекать лонную кость, чем симфиз, потому что условия заживления в кости лучше, чем в суставе. Кроме того при операции сбоку от средней линии важные органы (пузырь, уретра, клитор) травмируются в меньшей степени. Наконец—еще одно соображение: при симфизеотомии получается одинаковое расширение обеих половин таза, в то время как при пубиотомии половина таза, на стороне которой делается распил, расширяется больше соседней, и головка в смысле объема ее обеих половин несимметрична: затылочная часть ее более

объемиста, чем лобная. И при пубиотомии истинная конъюгата увеличивается на 1,2—1,8 до 2 см. В меньшей степени увеличиваются и другие размеры тазовой полости, как показали исследования на трупах *Прозоровского* и *Швогер-Леттецкого*. После пубиотомии, как показали многочисленные сообщения (у нас *Строганова*, *Красовского* и др.), наблюдаются разрывы мягких частей, кровотечения, ранения пузыря.

Если вначале как симфизеотомия, так и пубиотомия делались „открытым способом“, т. е. с рассечением мягких частей до кости, то в настоящее время употребительны только „подкожные“ методы, менее опасные в смысле кровотечения и инфекции.

Подкожная симфизеотомия получила признание многих после выработки точной техники *Frank'*ом (1910) и блестящих результатов *Kehrer'a*, оперировавшего по методике *Frank'a*. *Frank* делает скальпелем вкол через кожу выше симфиза, поворачивает нож подкожно и рассекает симфизарный хрящ спереди назад. Все это делается под контролем указательного пальца левой руки, введенной во влагалище. *Kehrer* и *Sachs* предложили делать кожный вкол повыше, подальше от вульвы, и употреблять при этом пуговчатый скальпель.

Подкожная пубиотомия делается иглой, предложенной *Gigli*. Наиболее известны методы *Döderlein'a* и *Bumm'a*.

Döderlein рассекает кожу с клетчаткой и фасцией на протяжении 2—3 см поперечно над краем лонной кости, над лонным бугорком, и проводит [под контролем пальца, введенного в кожную ранку до нижнего края лонной кости (рис. 298)] предложенную им иглу (тупая видоизмененная игла Дешампа) позади и вокруг лонной кости, выкалывая ее на большой губе (или между малой и большой губами). Пилка *Gigli*, введенная в ушко иглы, протягивается снизу вверх, вытягивается в верхний разрез и снабжается рукоятками. Затем приступают к перепиливанию кости так, чтобы распил пришелся между лонным бугорком и симфизом кнутри от места прикрепления *adductoris longi* (рис. 299). Без разреза, без введения пальца за лонную кость *Bumm* вкалывает острую иглу снизу между большой и малой губами, проводит ее при сильном опускании рукоятки книзу позади лонной кости вверх и выкалывает ее над верхним ее краем (рис. 300). Вдетая в ушко иглы пилка *Gigli* вытягивается сверху вниз. Перепиливание совершается так же; как только-что указано.

Во время распила помощники удерживают бедра роженицы в положении легкого отведения, ротируя их одновременно кнутри, во избежание чрезмерного расхождения концов перепиленной кости.

Практически важен вопрос, как поступить непосредственно после распила таза: родоразрешать немедленно или предоставить изгнание его течению?



Рис. 298. Пубиотомия по *Döderlein'y*.

Если плод в опасности, то извлечение его щипцами показано немедленно. Сложнее вопрос в случаях, где нет непосредственной опасности ни для матери ни для плода. Принципиально ничего возразить против выжидания самопроизвольного изгнания. По *Kehrer*'у в 62,3% можно было предоставить изгнание изгоняющим силам: из 48 случаев в 9 плод родился через 10 мин., в 7—через 20 мин., в 2—через 30 мин. Только в 5 случаях пришлось ждать от 3 до 8 час. Полагаю, что подобное длительное выжидание мало гуманно. Боязнь травм матери щипцами мало обоснована, если оперировать только на многорожавших. К тому же надо учесть, что в большинстве случаев за пубиотомию берутся, когда плод уже в опасности, а дальнейшее выжидание без сомнения увеличивает опасность для плода. Практически вопрос решается так: после пубиотомии не следует принципиально во всех случаях торопиться с извлечением плода. Если состояние плода позволяет, допустимо некоторое выжидание. Если же головка опустилась в полость таза, а тем более если она совершила свой внутренний поворот, то показано наложение щипцов. Ротация головки в щипцах строго противо-



Рис. 299.

Рис. 300. Пубиотомия по *Витт* у.

показана, потому что стенка влагалища тут рвется особенно легко и притом в направлении операционной раны, что влечет за собою сквозное повреждение.

Мы приступили к пубиотомии по *Doderlein*'у.

25 ноября в 8 час. 30 мин. операция. Больная лежит на операционном столе в наркозе. Живот, наружные части и внутренние поверхности бедер тщательно обеззаражены, моча выпущена. Ноги умеренно разведены и слегка ротированы кнутри, удерживаются 2 помощниками. Оператор приступает к пубиотомии на левой стороне (на стороне затылка). В локтевой области нащупан левый лонный бугорок. Над ним скальпелем сделан небольшой (2—3 см) поперечный разрез, идущий через кожу, подкожную клетчатку, фасцию. Затем в ранку введен указательный палец левой руки, мягкие части отслоены от задней поверхности лонной кости. Между пальцем и костью введена (правой рукой) игла *Doderlein*'а (см. рис. 195, том II, стр. 165) и проведена до нижнего края лонной кости. Приступлено к выколу иглы. Под контролем пальца левой руки, введенной во влагалище, конец иглы выведен в большую губу. Здесь кожа несколько надсечена, появился конец иглы. На нее надета пилка *Gigli* и обратным движением иглы пилка выведена снизу вверх вокруг кости через верхнюю ранку. На концы пилки надеты рукоятки. Приступлено к распилу. Предварительно проверено, что пилка располагается кнутри от лонного бугорка. Помощники предупреждены о том, чтобы они не допускали внезапного чрезмерного расхождения таза. Затем несколькими размахами кость перепилена. По прекращению характерного звука перепиливаемой кости и прекращению сопротивления кости пиле замечено, что распил кончен. Сняты рукоятки, извлечена пилка. Со стороны влагалища определяется расхождение костных концов сантиметра на 4. Кровотечение у обеих ранок небольшое. Ранки прижаты марлевыми компрессами.

Операция пубиотомии кончена, но далеко не кончено родоразрешение. Послушаем сердечные тоны: они чистые, дают около 130 ударов в минуту. Головка стоит большой периферией во входе. Напряжение и растяжение нижнего сегмента значительно меньше.

Что же делать? Ждать или накладывать высокие щипцы? Снимать роженицу с операционного стола или повременить?

Оператор вторично обеззаразил руки и исследовал вагинально: нигде краев зева нет. Головка опустилась в полость таза. Стреловидный шов в правом косом.

Изгнание идет быстро: головка уже в полости, идет внутренний поворот. Подождем. Наркоз прекращен.

В 9 час. родился плод (через 30 мин. после распила). Плод женского пола, весом 3600 г, в легкой асфиксии, оживлен. Через 10 мин. вышел послед, без дефектов. Кровотечение из влагалища умеренное. Из ранки в большой губе умеренное кровотечение, легко остановлено прижатием. Из верхней ранки кровотечение значительное. Наложено 2 наружных катгутовых шва и 3 кожных. Коллоидная заклепка. Катетеризация пузыря: моча без крови. Родильница осторожно перенесена со стола в палату, установлено наблюдение.

Что же дальше? Как вести послеоперационный период?

Рекомендовали стягивать таз тугим бинтом или широкими полосами липкого пластыря. Этого не требуется. Предоставьте родильнице полный покой на спине, положите по обе стороны таза по тяжелому мешку с песком (в стерильном белье), этого достаточно. Следите за тем, чтобы выделения не загрязняли операционных ран, следите за мочеиспусканием. Не держите больную слишком долго в неподвижном положении. В остальном уход ничем не отличается от обычного ухода за родильницей. На 11—12-й день можно разрешить присаживаться и вставать. К этому времени уже наступает соединительнотканная консолидация отломков костей.

Течение послеоперационного периода было гладкое. Правда, в левой губе образовалась небольшая гематома. Мочеиспускание было задержано только в первые сутки.

30 ноября сняты кожные швы с верхней ранки. Максимальная температура 37,5.

13 декабря (на 18-й день) родильница встала с кровати. Болей при передвижении не испытывает. Походка ровная. Гематома левой губы рассасывается.

15 декабря родильница выписалась с ребенком.

За исключением небольшой гематомы не было осложнений. Расстройства походки наблюдаются редко. *Kehrer* видел на 77 случаях только один раз переваливающуюся походку. *Stöckel* даже в случаях инфекции ран не видел расстройства походки. Иногда наблюдаются боли в области крестцово-подвздошных сочленений. В качестве отдаленных последствий наблюдается наклонность к опущению стенок влагалища.

Литература сообщает о наблюдениях стойкого расширения таза. В одном случае *Kehrer* отметил увеличение истинной конъюгаты с 8 на 9 см, в другом — с 7 на 9,2 см. *Stöckel* видел 19% случаев, в дальнейшем самопроизвольные роды. С другой стороны, образование на месте распила костной мозоли может повести к уменьшению емкости тазового входа. *Winter*'у пришлось при следующих родах делать пубиотомию на другой стороне. Случаи повторной пубиотомии сообщает и *Л. А. Кривский*. Как ни отрадны результаты пубиотомии в большинстве случаев, не следует умалять серьезности операции и сопряженных с нею опасностей: кровотечения, повреждений пузыря, влагалища, инфекции.

Кровотечения могут быть угрожающими. Описан целый ряд смертей от кровотечения, которое остановить не удавалось. Нередки гематомы (у *Stöckel*'я—8 раз из 72). Наклонность их к нагноению велика. Омрачают прогноз и ранения мочевыводящих путей. Сборная статистика *Schläfli* указывает 12 таких ранений на 700 пубиотомий. Важно их своевременно обнаружить. Кровь в моче (катетеризация, немедленно после операции!) наведет на мысль о ранении пузыря. Тогда показано введение катетера *à demeure*.

Разрывы пузыря происходят преимущественно не вследствие инструментальной травмы, а в момент изгнания плода, особенно его оперативного извлечения. Имеются сообщения о свищах после пубиотомии, о летальных исходах вследствие мочевых затеков. Неблагоприятны сквозные разрывы влагалища. *Stöckel* отмечает таковые 10 раз из 72 случаев, *Zangemeister* — в 31%, *Schäpli* — в 32,5% первородящих и 11,9% многородящих. Эти разрывы опасны как в смысле кровотечения, так и в смысле инфекции. Неудивительно, что очень часто наблюдается лихорадочное течение послеоперационного периода (по *Schläfli* — в 31,7% случаев). Наблюдались и тромбозы (*Kehrer*—6 раз на 77 случаев, *Stöckel*—7 на 46). *Schläfli* указывает 8,2% тромбозов. Описаны и смертельные эмболии.

Общая смертность, по *Schläfli*—4,37% для матерей и 9,18% для детей; по *Kömer*'у—1,7% для матерей и 6,6% для детей; *Döderlein* имел 1,8%, *Bürger*—0% материнской смертности.

Изложенное заставляет нас смотреть на операцию пубиотомии как на очень серьезное вмешательство, которому место исключительно в обстановке крупного родильного учреждения. И неудивительно, что за последнее время кесарское сечение с его блестящими результатами все более и более вытесняет тазорасширяющие операции. На русской почве пубиотомия не привилась. В Институте Отта она произведена всего 11 раз (1 смерть от *ileus'a*, 54,5% осложнений); в роддоме им. Снегирева (бывш. Родовспомогательное заведение) за время с 1904 по 1912 гг. всего 16 раз.

В моей клинике пубиотомия произведена всего 6 раз с 1 смертельным исходом (сепсис).

В последнее время пубиотомия утратила свою былую славу. Да это и понятно. С одной стороны, круг применения ее очень ограничен: она применяется только у многорожавших с тяжелым акушерским анамнезом, только при плоских тазах, с истинной конъюгатой не ниже 7 см, при головном предлежании, при подготовленных родовых путях, при отсутствии инфекции, при выраженном желании женщины иметь живого ребенка. С другой стороны, техника ее требует большого опыта; нередко опасные кровотечения, серьезные ранения мочевыводящих органов. Послеоперационное течение, как вы видели, часто осложняется тяжелыми инфекциями. Можно ли оперировать в „сомнительных“ и заведомо инфицированных случаях? Одни авторы считают тазорасширяющие операции при повышенной температуре противопоказанными, другие—допустимыми. Где граница между „сомнительным“ случаем и инфицированным? Все это осложняет вопрос. Не подлежит сомнению, что в явно септических случаях пубиотомия неуместна. Тут показана перфорация даже живого плода или же операция *Portes'a*.

Иногда мысль о пубиотомии поневоле всплывает, когда роженица наотрез отказывается от предложенного кесарского сечения, хотя чаще женщина скорее соглашается на операцию „через живот“, чем на распил таза. „Режь лучше живот“, говорят, женщины, „по мягкому скорее заживет“ (*Пальмов*). Таким образом роль пубиотомии в арсенале наших акушерских операций в настоящее время более чем скромная. Многие авторы вовсе от нее отказались и заменили ее тем или иным видом кесарского сечения (*Sellheim, Henkel, Franz, Küstner*), другие применяют ее в исключительных случаях (*Kehrer, Menge, Строгоанов*).

Как же быть? Полагаю, что сдавать в архив и предавать окончательно забвению пубиотомию пока не следует. В клинике, в больнице она будет иметь применение, хотя и очень ограниченное. Оправдывает ее существование желанием избежать перфорации живого плода. Нельзя все сложные вопросы практического родовспоможения решать просто, как того хотят некоторые энтузиасты кесарского сечения, как *Max Hirsch, Doerfler* и др. Кесарское сечение во всех случаях дистонии без исключения! Кесарское сечение заменяет все родоразрешающие операции, кроме выходных щипцов! Нет и еще раз нет! Уже и так наблюдается невероятное увлечение кесарским сечением, и этому нездоровому явлению мы должны объявить войну. Трудности родовспоможения не должны разрешаться безудержным применением кесарского сечения с плеча! Строго индивидуальный подход к конкретному случаю, тщательное исследование и наблюдение за ходом родов, учет всех родовых факторов и особенностей случая, безукоризненно строгая установка показаний и изучение противопоказаний и условий к той или иной родоразрешающей операции— вот путь, по которому должен идти врач-акушер. При таких условиях в клинике, в больнице найдет себе, правда очень скромное, место и пубиотомия. Участковый же врач не возьмется за пубиотомию. И если он в таком случае, как наш, при непреодолимом несоответствии между тазом и головкой и наличии явлений растяжения нижнего сегмента не сможет сделать кесарского сечения, он с чистой совестью приступит к перфорации даже на живом плоде. Этим он спасет мать от катастрофы, правда ценою ребенка.

Какой же наказ дать нашей родильнице?

Лучше ей больше не беременеть вовсе. Если же она все же в дальнейшем забеременеет, то она вправе потребовать прерывания беременности. И в аборте мы ей не откажем. Если же срок для аборта упущен, или она пожелает иметь

еще ребенка, то встанет вопрос: искусственные преждевременные роды или кесарское сечение?

На этот вопрос я отвечаю категорически: кесарское сечение. От искусственных преждевременных родов я отвернулся решительно. В связи с этим считаю излишним осветить вопрос, каково положение искусственных преждевременных родов при узком тазе в современном акушерстве? Литература по этому вопросу огромна. Если большинство старых авторов придавало этой операции большое значение и даже считало ее одною из благодетельнейших операций (у нас *Феноменов, Попов, Побединский*), то в настоящее время большая часть авторов от нее вовсе отказывается.

Большие трудности уже составляет задача выбрать для операции срок беременности — „настолько ранний, чтобы плод родился без механических затруднений, а следовательно без вреда для матери и для себя, и в то же время — настолько поздний, чтобы он не только родился живым, но остался жить“ (*Пальмов*). Разные авторы называют разные, колеблющиеся в широких пределах сроки — между 29 и 38 неделями беременности. Наиболее подходящим сроком являются 34—36 неделя беременности.

Техника операции была многообразная, в последнее время преобладает метрейриз. Неблагоприятным обстоятельством следует признать, что очень часто после метрейриза приходится прибегать еще к тому или иному вмешательству. В клинике Отта в 42 случаях из 70 пришлось производить дополнительные операции, в том числе несколько раз высокие щипцы. Это уже говорит против операции искусственных преждевременных родов.

Но может быть исходы для матерей блестящи? И этого мы не видим. Операция имеет свою заболеваемость и смертность. Заболеваемость по данным литературы колеблется от 5 (*Побединский*) до 15% (*Jamasaki*). Смертность от 1 до 5% (у *Wortman*'а даже 14,2%). Грустно предсказание для детей. У большинства авторов мы видим большой процент смертности: от 19,3 (*Сину*) до 54% (*Ludwig* и *Savor*, у *Gagei*'я даже 61,5%). Детская смертность, по материалу института Отта—34,2 (*Чеботарева*), 35,2 и 55,1% (*Пальмов*). Наиболее частой причиной смерти плода были недоразвитие его вследствие недоношенности, причём смертность тем выше, чем больше недоношенность. Еще более грустная картина получается, если проследить судьбу детей, родившихся путем искусственных преждевременных родов. Еще *Zweijel* указал, что из сотни таких детей к началу второго года едва ли остается в живых один. По сборной статистике *Sarvey*'я из 500 детей, выписанных из учреждений живыми, в течение первого года погибали 18,8%; та же цифра у *Leopold*'а, у *Konrad*'а—24,4%. Из переживших первый год жизни детей по *Ed. Martin*'у вряд ли 40—50% доживают до школьного возраста. „При таких условиях какая польза,—воскликает *Ed. Martin*,—что в книгу рождений вносится живой плод“?

Неудивительно, что операция искусственных преждевременных родов в настоящее время широким распространением не пользуется. Странники ее указывают на ее безопасность для матери, производят ее главным образом у многорожавших с тяжелым акушерским анамнезом, при средних степенях сужения таза (истинная конъюгата не ниже 7,5 см) за 4 недели до срока. *Zangemeister* предложил особую таблицу, в которой обозначена та величина плода, которая при определенной степени сужения таза еще допускает роды. Но она широкого применения не получила, потому что она не устраняет трудностей, связанных с необходимостью детальной оценки таза, головки плода и характера будущей родовой деятельности (*Пальмов*).

Таким образом следует прийти к выводу, что клиника и больница должны вычеркнуть искусственные преждевременные роды из списка операций, применяемых при узком тазе, выполняя основную цель родовспоможения: живая мать — живой плод.

В ее распоряжении имеется достаточно вмешательств, ведущих к выполнению этой задачи, и среди этих вмешательств не последнее место занимает кесарское сечение. Искусственные преждевременные роды уходят в область истории и в настоящее время уместны разве что в исключительных случаях, в участковой практике при решительном отказе беременной от операции в родах.

Интерес случая. 34-летняя многородящая с рахитом в анамнезе поступает в периоде раскрытия с отошедшими водами. Акушерский анамнез тяжелый. Таз общесуженный плоский. Положение правильное. Наклонная конъюгата 9,25 см. Решено вести роды вначале выжидательно с тем, чтобы в дальнейшем, в случае надобности, предпринять тазорасширяющую операцию. Через 33 часа после начала болей, вследствие явлений растяжения нижнего сегмента матки и признаков асфиксии плода, решено приступить к тазорасширяющей операции. Произведена пубиотомия по Döderlein'у (слева, на стороне затылка). Головка сразу опустилась в таз. Через 30 мин. родился плод весом 3600 г. Исход благоприятный. Единственное осложнение — гематома губы. Родильница встала на 18-й день.

Случай 115-й

В. А. Л., 21 года, жена кочегара (№ приемного журнала 11511), поступила в клинику 5 июня 1929 г. в 23 часа 40 мин. в родах.

Краткий анамнез: Л. росла хилым ребенком, месячные начала носить с 18 лет, через месяц, по 2—3 дня. 8 лет назад (13 лет от роду) после падения заболела правая нога. Больная долго лежала в больнице, перенесла какую-то операцию на ноге. С тех пор правая нога стала короче левой, вследствие чего больная хромот. Половую жизнь начала с 19 лет. Женскими болезнями не страдала. Последние месячные 14 августа 1928 г.; беременность протекала без особенностей. Движение плода начала ощущать 28 декабря. 5 июня в 17 час. начались родовые боли. К ночи роженица поступила в клинику (23 часа 40 мин.).

При поступлении: перед нами женщина роста ниже среднего (145 см), резко ослабленного питания, блондинка. При ходьбе резко хромот на правую ногу. Скелет туловища без изменения. Правая нога 72 см, левая — 77 см. На правой ноге на наружной поверхности нижней трети бедра и верхней трети голени обширные рубцы, отчасти спаянные с костями. Правый коленный сустав тугоподвижен. Отеков нет. Живот большой, соответствует доношенной беременности, овоидной формы, наибольшая его окружность 103 см. Пигментация слабая, пупок выпячен, на нижней части живота свежие полосы беременности. Дно матки на 3 пальца ниже меча, высота дна над симфизом 35 см. В дне — ягодицы плода, спинка слева, мелкие части не прощупываются. Предлежит головка, малым сегментом во входе. Передняя периферия головки над симфизом не нависает: признак Непкел-Вастена вровень. Сердечные тоны плода слева на уровне пупка, 140 в мин.

Размеры таза: dist. spin. — 25 см; dist. crist. — 27 см; dist. troch. — 30 см; conj. ext. — 19 см.; conj. later. — 15 см. Окружность таза 84 см.

Родовые схватки через 15 мин., слабоваты, продолжительностью в 1 мин.

Каков предварительный диагноз?

1. Срочные роды у первородящей. Ввиду укорочения ноги следует предположить наличие кососуженного таза.

2. Вероятен неправильный таз. Характер его (кососмещенный или кососуженный) нам неизвестен. Необходимо детальное исследование.

Имея перед собою женщину, перенесшую в детстве какое-то неизвестное нам заболевание костей нижней конечности, повлекшее за собой укорочение ноги и хромоту, мы поневоле предполагаем у нее наличие изменения структуры костного таза и ожидаем найти какую-либо из форм неправильного таза, встречающихся редко. В предыдущих беседах перед вами прошли случаи часто встречающихся узких тазов, к таковым относятся: общеравномерносуженный таз (с его разновидностями), плоский таз (простой девентеровский и рахитический) и комбинация их — общесуженный плоский таз. Редко встречающиеся формы узкого таза обнимают большое разнообразие неправильных тазов. Я не хочу приводить разные и сложные классификации их. Вкратце скажу, что наиболее характерны:

- 1) тазы косые,
- 2) „ поперечносуженные,
- 3) „ спондилолистетические,
- 4) „ остеомалятические,
- 5) „ воронкообразные,
- 6) „ с опухолями,
- 7) „ расщепленные.

В данном случае нас интересуют косые тазы. Какова бы ни была этиология косоного таза, будет ли заболевание, повлекшее к аномалии таза, локализовано над тазом (сколиотическое искривление позвоночника), в самом тазу (недоразвитие одного крестцового крыла, деформация вследствие перелома таза или в одной из

нижних конечностей (нарушение отправления ее) — во всех случаях таз будет неравномерно отягощен, и это неравномерное отягощение поведет к нарушению симметрии таза; таз будет асимметрическим косой (*pelvis obliqua*).

Характерной особенностью всех этих тазов является неодинаковая величина косых размеров. Если при этом неправильность состоит только в разной длине косых размеров (напр. входа в таз), то таз называется кососмещенным, если же кроме того имеется общее сужение таза, то он получает название кососуженного. Велико разнообразие косых тазов.

1. Асимметрия таза может зависеть от сильного сколиоза или лордосколиоза поясничной части позвоночника (не грудной части!). Если при нормальном телосложении тяжесть туловища, передаваясь через крестец на таз, распределяется равномерно на обе его половины, то при сколиозе та половина таза, в сторону которой направлена выпуклость позвоночника, отягощается сильнее. Этой половине тазового кольца приходится выдерживать более сильное давление как сверху, со стороны туловища, так и снизу, со стороны нижней конечности.



Рис. 301. Кососуженный Naegele'вский таз.



Рис. 302. Таз, кососмещенный вследствие правосторонней коксальгии.

При раннем развитии сколиоза эта отягченная половина костного таза сдавливается сильнее другой, косой размер сдавленной стороны становится длиннее противоположного, симфиз смещается в сторону несдавленную. Деформация таза может достигнуть высоких степеней.

2. Косое сужение может зависеть от врожденного отсутствия одного крестцового крыла или его разрушения воспалительным процессом. В этом случае получается косое сужение, сходное с таковым при сколиозе. На пораженной стороне имеется анкилоз крестцово-подвздошного сочленения.

Эта редкая форма таза носит название анкилотического кососуженного таза Naegele (рис. 301).

3. Первичное заболевание нижних конечностей также может вести к косому смещению таза. Сюда относятся поражения тазобедренного сустава (коксит), односторонний врожденный вывих бедра, воспаление коленного сустава, плохо сросшийся перелом ноги, ампутация ноги в детстве, укорочения ноги вследствие каких-либо заболеваний ее. При коксите больная щадит больную сторону, опирается больше на здоровую конечность, сдавленной оказывается половина таза, соответствующая здоровой конечности, симфиз смещен в сторону больной (рис. 302). Обратные отношения мы видим в случаях укорочения одной конечности. Тут больная должна опираться на более короткую ногу, вследствие чего сдавленной оказывается половина таза, соответствующая больной конечности.

Косое сужение таза может быть результатом перелома таза. *Пластунов* (1909) описал случай, где у женщины, засыпанной обрушившейся землей, переломы костей таза повели за собой такое сужение таза, что автору для окончания родов пришлось прибегнуть к кесарскому сечению.

Я. И. Каллинизов любезно предоставил мне историю родов и рентгенограмму интересного случая, бывшего под его наблюдением в Саратовском I роддоме (20/I 1930 г.). 38-летняя женщина до катастрофы имела 5 срочных родов. 11 лет назад, вскоре после последних родов, больная попала в лесу под падающее дерево, которое ударило ее по тазу с левой стороны. Больная после того проболела более 4 месяцев и долго не могла правильно ходить. Таз кососуженный, истинная конъюгата 7,25 см. Мыс смещен влево и впереди и несколько изменен. Левая половина тазовой полости значительно меньше правой и необычной формы. Полное несоответствие между головкой и тазом. От предложенного кесарского сечения роженица отказалась. На третьи сутки пришлось перфорировать головку. Рентгенограмма показывает причудливой формы тазовой вход. Задне-правый отдел входа в виде добавочного отростка не может быть использован для вставления головки.

Разнообразие причин косого смещения, степени и характер его объясняет разнообразие форм косого таза. И все же они имеют много общего: косое стояние крыльев подвздошных костей, косую деформацию ромба *Michaelis'a*, смещение симфиза по отношению к мысу, резкую разницу величин косых размеров входа в таз.

Распознавание обычно не трудно. Анамнез дает в большинстве случаев указания на то или иное заболевание костяка (рахит, перелом таза, коксит, гонит, ампутация, резекция и пр.). Очень важно произвести тщательный осмотр тела роженицы. Женщины склонны скрывать свой физический недостаток, и мне известны случаи, где сколиотические искривления позвоночника случайно находили уже в послеродовом периоде: во время родов упустили осмотр скелета.

Врач консультации, врач, призванный вести роды, должен обратить внимание на походку больной и произвести телесный осмотр. Тогда не ускользнут от него ненормальная посадка тела или сколиоз, кифосколиоз, лордосколиоз, деформация области тазобедренного сустава, рубцы после коксита, резекции коленного сустава, анкилозы того или другого сустава, укорочение ноги и т. п. Наружная пельвиметрия подтверждает распознавание. Тазомером можно измерить следующие размеры:

- 1) от симфиза до задне-верхней ости правой и левой сторон;
- 2) от надкрестцовой ямки до передне-верхней ости той и другой сторон;
- 3) от задне-верхней ости одной стороны до передне-верхней ости другой стороны и наоборот;
- 4) от задне-верхней ости до передне-верхней ости той же стороны и аналогичный размер на другой стороне (т. е. сравнить обе боковых конъюгаты);
- 5) от задне-верхней ости одной стороны до седалищного бугра другой стороны и наоборот;
- 6) обе верхние грани ромба *Michaelis'a*: расстояние от надкрестцовой ямки до задне-верхней ости той и другой сторон.

При всех этих измерениях важна не абсолютная величина размера, а сравнение двух аналогичных размеров между собою. Понятно, что при отсутствии косого смещения таза разницы между аналогичными размерами не будет или она будет минимальна. „Если наружные косые размеры разнятся более чем на 1 см, таз следует признать асимметричным“ (*Lange*). „Если разница между ними будет больше 1,5 см, значит имеется настолько значительное косое сужение таза, что оно отражается на ходе родов“ (*Груздев*).

Наша роженица на 13-м году жизни перенесла какое-то тяжелое заболевание нижней конечности, начавшееся после травмы. Подробностей мы не знаем. Может быть это был остеомиелит, может быть костный туберкулез. Нам известно лишь, что была произведена костная операция на ноге, результатом чего явились укорочение правой ноги и тугоподвижность коленного сустава.

В дальнейшем больная при ходьбе стала больше опираться на короткую правую ногу. Правая половина костного таза отягощалась больше левой, и это

неравномерное отягощение таза началось в возрасте, когда таз далеко еще не достиг своего полного развития, когда еще не закончилось окостенение его. Продолжаясь в течение всего периода полового созревания, неравномерное отягощение привело к нарушению симметрии таза, к косому смещению его, причем сдавленной оказалась половина таза, соответствующая короткой ноге, т. е. правая. Мы вправе ожидать, что вход в таз асимметричен, что косые размеры разной длины, что правый косой размер длиннее левого, что симфиз, хотя бы немного, смещен влево, в сторону здоровой ноги.

Утром 6 июня мы приступили к дополнительному исследованию. Асимметрия ромба Michaelis'a невелика: верхне-правая грань его на 1 см короче верхне-левой. Из наружных косых размеров мы измерили 3 первых размера. При всех измерениях мы получили разницу в 1—1,5 см между аналогичными размерами.

Per vaginam: наружные части развиты правильно. Понемногу отходят воды. Влагалище без особенностей. Лонная дуга еле заметно сдвинута влево. Шейка сглажена. Зев открыт на 1 палец, пузыри нет. Предлежит головка малым сегментом во входе в таз. Определяется какой-то шов, стоящий в правом косом размере. Мыс еле достигим, крестец напряжен. Резко бросаются в глаза разница в емкости правой и левой половин таза; в то время как слева отношения обычны, правая половина изменена: правая боковая стенка таза плоская, как бы сдвинута внутрь и приближена к средней линии.

Схватки редкие и слабые.

Каково предсказание?

1. Вряд ли возможно самопроизвольное родоразрешение. Ряд неблагоприятных моментов омрачает прогноз: деформация таза, первичная слабость болей, преждевременное отхождение вод, крупный плод.

2. Хотя таз и кососмещенный, все же изгнание через естественные родовые пути возможно, если только механизм родов будет правильным и будет соответствовать данной деформации таза.

При асимметрическом тазе ставить предсказание родов не легко. Трудно учесть емкость тазовой полости. Если при анкилотическом негелевском тазе общее сужение выражено резко, то при коксальгических, сколиотических и других формах косых тазов сужение обычно менее выражено. В нашем случае обычного сужения таза нет, мыс еле достигим, левая половина тазовой полости развита вполне правильно, смещена лишь правая тазовая стенка. Ясно, что учесть степень сужения тут трудно, точных цифровых норм тут быть не может. С другой стороны, предсказание зависит от механизма родов. Если изгнание должно совершиться правильно, то механизм родов должен быть типичным для косого таза. Представьте себе вход в таз, в котором, как в нашем случае, правый косой размер длиннее левого. Если головка начнет вставляться, стоя своим стреловидным швом в левом косом, то, понятно, получится полная дистокция: головка вступит в таз не сможет. Другое дело, если стреловидный шов встанет в длинный косой размер: тогда длинник головки совпадет с длинником тазового входа, и головка сможет пройти через вход. Если косое сужение велико, то может наступить оригинальный механизм вставления, — так называемое внесрединное вставление головки. Взгляните на рис. 303, взятый у *Stöckel*'я, и разделите мысленно просвет кососуженного таза диаметральной линией на 2 половины: одна половина просвета будет гораздо больше другой. При внесрединном вставлении головка вставится только в большую половину таза, в то время как меньшая половина вовсе не будет использована. Она останется пустой.



Рис. 303. Сколиотический кососуженный рихитический таз.

Как же быть в нашем случае? Общее сужение таза невелико, явного несоответствия между тазом и головкой не видно. Правда, смещение ярко выражено, но механизм вставления обещает быть типическим: стреловидный шов стоит в правом косом размере входа, т. е. в длинном косом.

Мы решились на консервативное ведение родов. Омрачает прогноз—слабость болей и преждевременное отхождение вод. Вправе ли мы прибегнуть к препаратам гипофиза? Конечно, нет. Но мы можем воспользоваться метрейризом как могучим средством борьбы со слабостью родовых болей.

6 июня в 14 часов приступлено к метрейризу. Под легким наркозом, после обычной подготовки роженицы, введены зеркала, шейка захвачена и низведена пулевыми. В матку введен сигарообразно сложенный баллон Braun'a вместимостью в 350 см³. Баллон наполнен теплым физиологическим раствором, инструменты удалены. Через полчаса схватки усилились и участились. До вечера родовая деятельность энергичная. Сердечные тоны плода без изменений. Температура нормальная.

В 22 часа 15 мин. родился метрейринтер. Схватки сильные. Головка вставляется в тазовой вход.

7 июня в 2 часа роженица утомлена. Схватки не ослабевают, болезненные. Сердечные тоны ясные.

Per gestum: открытие зева около 4 $\frac{1}{2}$ пальцев. Головка неподвижна, большим сегментом во входе. Стреловидный шов в правом косом размере.

Итак со слабостью родовых болей мы справились метрейризом. Головка вступила во вход. Механизм вставления правильный.

Есть ли показания к вмешательству?

1. Ни со стороны матери, ни со стороны плода показаний к вмешательству нет.

2. Это несомненно. Все же ввиду утомления роженицы желательно ей дать отдых. Показано введение морфия:

Роженица утомлена, она не спит вторую ночь. Схватки сильные и очень болезненные.

В 2 часа вырыснут 0,01 морфия под кожу, вскоре после чего она уснула и проспала до 6 час. утра.

Утром самочувствие бодрое. Схватки вполне удовлетворительные, через 6—8 мин. Сердечные тоны ясные, слева ниже пупка, 136 ударов в минуту. Головка частично еще прощупывается при 3-м приеме Leopold'a.

Per gestum (9 час.): открытие зева полное. Головка покрыта большой родовой опухолью, доходящей до тазового дна. Сама головка занимает широкую часть полости. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева и спереди. Смещенная внутрь правая стенка таза оказывает препятствие продвижению головки.

За ночь изгнание продвинулось, наступило полное открытие зева. Головка покрылась большой родовой опухолью. Механизм изгнания не нарушается.

И теперь к вмешательству показаний нет.

В 12 час. 30 мин. Схватки очень сильные и частые (через 3—4 минуты), принимают потужный характер. Явления растяжения нижнего сегмента нет. Головка в тазу. Сердечные тоны ясные, левее средней линии. Температура 37,6°. Пульс 92, ровный.

Решено произвести вагинальное исследование. Непосредственно за входом во влагалище родовая опухоль. Полость таза выполнена головкой. Проникнуть между головкой и стенками таза можно только во время пауз, причем обнаруживается, что правая стенка таза значительно приближена к средней линии. Стреловидный шов все также в правом косом. Во время потуги головка напирает на тазовое дно

Что делать?

1. Ни матери, ни плоду ничто не угрожает. Надо ждать самопроизвольного родоразрешения.

2. Период изгнания затягивается, потуги мало эффективны, температура матери начинает повышаться — показано наложение щипцов.

Угрожающего ни для матери, ни для плода действительно нет. Но учите, что родовый акт продолжается уже почти двое суток, что „безводный интервал“ длится больше суток, что было уже вмешательство — метрейризм, что температура повидимому начинает повышаться, что потуги, хотя и сильные, все же мало эффективны. Желательно закончить изгнание, если только условия к родоразрешению будут даны.

Нечего и говорить, что условия к наложению щипцов даны все. А потому мы решились на операцию наложения щипцов.

В 13 час. 30 мин. роженица на операционном столе; дан наркоз. Еще раз произведено вагинальное исследование. Родовая опухоль в выходе таза, череп плода далеко не выполняет полости его. Правая стенка таза оказывает очевидное препятствие головке. Стреловидный шов в правом косом размере. Щипцы наложены в левом косом размере таза, причем введение правой ложки было затруднено деформацией правой стенки таза. Пробная тракция убедила, что щипцы легли

хорошо. После нескольких сильных тракций, во время которых щипцы перешли в поперечный размер, а стреловидный шов в прямой, затылок выведен из-под лонной дуги, выведены теменные бугры. Щипцы сняты. Головка освобождена по Ritgen-Olshausen'у. Извлечен плод мужского пола в синей асфиксии. Обычными мерами оживлен. Вес его 4200 г, длина 55 см.

В 14 час. началось кровотечение. Послед оказался отделившимся, выжат по Credé. Кровотечение прекратилось. Матка сократилась хорошо. На разрыв слизистой входа во влагалище, левее уретры наложены катгутовые швы. Продолжительность родов 45 час.

Течение послеродового периода гладкое. Первые три дня родильница получала профилактически Butyrol Милютиной под кожу.

Родильница выписалась 14 июня с ребенком.

Итак косое сужение таза допустило изгнание через естественные родовые пути даже крупного плода, потому что механизм изгнания был правильный. Ребенок родился в асфиксии, быстро оживлен.

Разрешите в заключение несколько остановиться на вопросе об асфиксии плода и оживлении мнимоумершего.

Асфиксия новорожденного обычно является продолжением утробной асфиксии его. Последняя, как известно, заключается в расстройстве или нарушении газообмена между плодом и матерью. Причиной этой неправильности могут быть самые разнообразные моменты, как-то: прижатие пупочных сосудов (узлы, обвитие, выпадение), изменения в строении плаценты, отслойка ее при нормальном и патологическом ее прикреплении (plac. praevia), длительное течение периода изгнания, чрезмерная ретракция матки, судорожные боли, патологическое повышение внутричерепного давления, тяжкое заболевание матери и пр.

Выше мы видели, что головка иногда даже при нормальных родах подвергается травматизации вследствие „неравномерного“ и „шнурящего“ давления (М. Д. Гутнер). „Асфиксия в свою очередь усиливает то расстройство циркуляции (стаз, престаз), которое создается в сосудах подлежащей части под влиянием травмирующего воздействия родовых сил и понижает тонус сосудистой стенки“. Отсюда становится понятной необычная частота комбинации асфиксии с внутренними кровоизлияниями у новорожденных. В наших беседах мы неоднократно касались внутриутробной асфиксии плода, и вам ясно огромное значение наблюдения за сердечными тонами плода в родах. При замедлении их, остающемся и во время пауз, до 120, особенно до 100, и тем более при аритмии тонов мы спешим с родоразрешением. Чрезмерное учащение тонов обычно наступает как следующая стадия асфиксии и предвещает гибель плода. Правда в последнее время некоторые авторы не спешат с вмешательством. Так *Henkel* (1928) предлагает скополамин — морфий — хлороформ. *Waller* видел в 70% исчезновение внутриутробной асфиксии от хлороформного наркоза. *Frey* дает длительный хлороформный наркоз. *Spier* делает матери внутривенное впрыскивание 0,5 см³ строфантина и дает продолжительный, но не глубокий эфирный наркоз.

Мы не имеем личного опыта с наркотическими и привыкли видеть в асфиксии утробного плода показание к родоразрешению. Все же надо иметь в виду, что нередко сама родоразрешающая операция может усилить асфиксию плода. „Перед вмешательством надо себя спросить, не усилит ли операция (щипцы) асфиксию“ (*Henkel*).

По *Liebmann'у* (Будапешт), асфиксия плода — или повод к оперативному родоразрешению или следствие его.

Этот вопрос имеет огромное значение, тем более что асфиксия плода встречается часто (по *Liebmann'у* — в 4,9% всех родов).

Степень асфиксии родившегося плода бывает различна. Различают синюю асфиксию (*asphyxia livida*) и белую асфиксию (*asphyxia pallida*). По *Baum'у*, правильнее различать, независимо от окраски кожи, асфиксию легкую и тяжелую или 1-й и 2-й степеней (*Baisch*). Внешне асфиксия, или мнимая смерть новорожденных, характеризуется тем, что „из обычных признаков жизни одни отсутствуют, а другие имеются налицо“ (*В. С. Груздев*): отсутствует дыхание, сохранена деятельность сердца.

При легкой асфиксии, зависящей напр. от закладывания дыхательных путей аспирированными массами, дети сильно цианотичны (багровый цвет кожи), кожные рефлексы и мышечный тонус сохранены, удары сердца редки, но энергичны.

При тяжелой („белой“ или „бледной“) асфиксии покровы бледны, бескровны (нарушение периферического кровообращения), кожные рефлексы отсутствуют, мышечный тонус утрачен, сердечные удары слабы, аритмичны, дыхательный центр тяжело поражен (отравление CO_2 , давление на мозг, внутричерепное кровоизлияние).

Если вы возьмете мнимоумершего новорожденного в руки, вы легко определите, сохранен ли мышечный тонус или нет: в первом случае вы ощущаете упругость мускулатуры, введенный в рот палец ощущает рефлекс глотательных мышц, палец, введенный в anus, чувствует сокращение сфинктера; во втором случае конечности висят, как безжизненные, ни в глотке, ни в anus'e не ощущается мышечного рефлекса.

Терапия асфиксии новорожденных имеет огромное практическое значение. Начинать оживление мнимоумершего младенца с искусственного дыхания — грубейшая ошибка. Основным условием успешного оживления является освобождение дыхательных путей от их содержимого. Для этого удерживают младенца за ножки, головой вниз (слизь и воды стекают из трахеи наружу), очищают мизинцем глотку (бережно!), вводят трахеальный катетер и отсасывают слизь из трахеи (катетер должен попасть именно в трахею, а не в пищевод: для этого пальцем отодвигают основание языка вперед и под контролем этого пальца вводят катетер, почти до бифуркации дыхательного горла).

Thursz (Варшава — 1927) предлагает длительное удерживание младенца за ножки головой вниз как основной способ оживления, рассчитанный на раздражающее действие углекислоты на дыхательный центр.

При легкой асфиксии обычно достаточно одних кожных раздражений. К такому принадлежит похлопывание рукой по ягодицам, обрызгивание ребенка холодной водой (не изо рта, как я видел несколько раз), погружение его попеременно то в теплую, то в холодную воду (начинать и кончать погружением в ведро с теплой водой), растирание туловища мохнатым полотенцем. Большой известностью пользуется прием *Laborde'a* состоящий в ритмическом вытягивании языка, при котором рефлекторно раздражается дыхательный центр. Все это следует производить не спеша, медленно и главное бережно. Всякая поспешность, грубое манипулирование безусловно вредно.

В легких случаях изложенных методов достаточно для достижения дыхания ребенка.

В более тяжелых случаях — при „белой“ асфиксии — вслед за очищением трахеи и кожными раздражениями следует перейти к искусственному дыханию.

Stöckel советует перед началом его сделать интракардиальное впрыскивание $0,5 \text{ см}^3$ адреналина (обыкновенным шприцем в III межреберный промежуток на один поперечный палец левее края грудины, строго вертикально!). Другие рекомендуют впрыскивание лобелина под кожу. *Kästenbaum* (1927) вводит лобелин и камфору. *H. Katz* (1929) лобелин (0,003), кофеин и камфору. Личного опыта с лобелином я не имею. Камфору же очень рекомендую. Еще в 1925 г. *М. И. Литвак* (Журн. акушерства и женских болезней 1925 г., стр. 495) изложил свой способ оживления асфиктических детей: после освобождения дыхательных путей он впрыскивает $0,5—0,75 \text{ см}^3$ камфорного масла и приступает к приему *Werth'a* (см. ниже) в горячей ванне с холодными обливаниями. Этим способом оказывается непосредственное влияние на дыхательный центр (камфора!), производится искусственное дыхание (видоизмененный *Литваком* способ *Werth'a*) и кожное раздражение (холодное обливание). Способ *Литвака* мною совместно с его автором много раз применялся с хорошим успехом в Родильном доме им. Снегирева.

Способов искусственного дыхания предложено много.

Общеизвестное качание по *Schultze* я тут лишь упомяну. Метод почти всеми оставлен, он может принести вред, особенно при грубом применении (*Stöckel*), при недостатке опыта (*Reindorf*, 1928); он противопоказан при наличии переломов (ключицы, бедра, плеча) или подозрения на них, он губелен при внутричерепных кровоизлияниях, а потому лучше вовсе отказаться от качаний по *Schultze*.

Хорош метод *Silvester'a*: ребенок лежит на твердой подушке так, что головка свисает с края подушки. Ритмически ручки отводятся кверху и при-

водятся при одновременном сгибании в локтях к грудной клетке, что сопровождается легким сжиманием грудной клетки. Эти манипуляции можно комбинировать с одновременным сгибанием и разгибанием нижних конечностей. Удобен способ Prochownik'a: левой рукой младенец удерживается за ножки головой вниз, правой ритмически сжимается (бережно) грудная клетка. Этот метод я применяю всегда.

Рекомендую также метод Ogata: младенец лежит спинкой на разведенной ладони так, что с одной стороны свисает головка, с другой тазовой его конец с ножками. При этом позвоночник разгибается, грудная клетка выгибается как при вдыхании. Концами пальцев другой руки ритмически производятся короткие, легкие удары по передней поверхности грудной клетки, раз 15—20 в минуту. Эти поколачивания действуют не столько как кожное раздражение, сколько как манипуляция, ведущая к выдыханию, после чего следует выдохательное движение грудной клетки.

Хорош способ Werth'a, имеющий много общего с методом Audebert'a и Соколова. Этот Schnupftuchhandgriff Werth'a (рис. 304) состоит в следующем: одна рука держит головку плода, другая—ножки. Ножки и головка так сгибаются, что колени ребенка касаются рта, затем следует разгибание. М. И. Литвак видоизменил метод Werth'a: он держит левой рукой не головку, а „кладет ее на затылок ребенка



Рис. 304. Способ оживания Werth'a.

таким образом, что большая часть ее держит спинку ребенка и только небольшая часть руки—головку. Головка ребенка вследствие этого разгибается кзади и задняя часть ее находится все время в горячей ванне, не мешая в то же время производству искусственного дыхания (выше я указал, что Литвак комбинирует метод Werth'a с горячей ванной, холодными обливаниями и введением под кожу камфоры).

За границей предлагают вдвухание в трахеи кислорода при помощи разного рода аппаратуры. Mc Ilroy (Лондон—1927) сконструировал аппарат для вдвухания под известным давлением смеси кислорода (95%) и углекислоты (5%) в количестве 2 литров в минуту (подогретой до 24°). Henderson (New Haven—1928) смотрит на подобные вдвухания как на специфический раздражитель дыхательного центра. Личного опыта не имею.

В связи с вопросом об оживлении мнимоумерших стоит вопрос о том, когда перевязывать пуповину: немедленно ли после рождения плода или спустя некоторое время. При рождении вполне здорового младенца, как правило, следует ждать с перевязкой пуповины до прекращения пульсации сосудов ее. За этот период времени часть „резервной крови“, находящейся в фетальной части плаценты, перекачивается к плоду. С одной стороны, кровь выжимается из плаценты последовыми схватками, с другой—кровь пересасывается плодом в силу легочного дыхания. Этот плюс крови колеблется от 50 до 100 г, что при среднем общем количестве крови ребенка весом в 3000 г (Welker) в 158 г составляет значительную прибыль крови. Haselhorst и Trautvetter (1929) доказали, что тот плюс жидкости и гемоглобина, питательных веществ и кислорода, который ребенок получает при поздней перевязке пуповины, не является бесполезным и что особенно кислород для плодов с недостаточной дыхательной деятельностью имеет большое значение. Практически нужно ждать с перевязкой пуповины до

остановки пульсации ее. Это может оказаться трудным, так как пульсация может прекратиться и через 15 мин. Но так как, по исследованиям *Haselhorst'a*, большая часть крови переходит к плоду в первые 2—3 мин. по его рождению, то нужно ждать с перевязкой пуповины именно этот срок. При рождении асфиктических детей *Haselhorst* также советует ждать около 2 минут, используя это время на очистку рта и зева от слизи и раздражая кожу легкими ударами или опрыскиванием холодной водой. *Halina Newlinska* (Lemberg—1928) нашла, что потеря веса у раноотделенных плодов на 0,5% и больше такового у поздноотделенных (3,1% против 3,6%). Желтуха у раноотделенных гораздо менее интенсивна, менее длительна, чем у поздноотделенных.

Еще задолго до этих исследований было предложено по рождении асфиктического ребенка поглаживанием пуповины перегонять „резервную кровь“ плоду (*Marek*).

В нашей клинике мы всегда ждем с перевязкой пуповины несколько минут, держа асфиктического ребенка за ножки головой вниз и поглаживанием пуповины способствуем переходу резервной крови к плоду.

Мой сотрудник *А. Д. Аловский* предложил помещать неотделенного от матери асфиктического ребенка тут же между бедрами матери в теплую ванну и делать в теплой воде искусственное дыхание по *Werth'y*.

Какого же образа действия придерживаться практическому врачу при мнимой смерти новорожденного?

При легкой степени асфиксии следует держать ребенка за ножки головой вниз, выжидая минуты 2—3—4, за это время занимаясь очисткой рта и зева и производя кожные раздражения легким похлопыванием. По перевязке пуповины следует отсосать аспирированную слизь трахеальным катетером, впрыснуть 0,5 см³ камфорного масла под кожу и приступить к применению кожных раздражений в виде попеременного погружения ребенка в теплую и холодную воду и кожных растираний. Если этого недостаточно, приступают к искусственному дыханию по *Prochownik'y*, *Silvester'y* и *Ogata*. При тяжелой асфиксии мы перевязываем пуповину скорее и, после освобождения дыхательных путей трахеальным катетером и впрыскиванием камфоры, приступаем к искусственному дыханию по названным методам, погружая ребенка часто в теплую воду во избежание охлаждения.

Оживленный ребенок нуждается в длительном наблюдении за правильностью дыхания.

Интерес случая. Первородящая 21 года, перенесшая на 13 году жизни костную операцию на правой нижней конечности, поступает в роды. Правая нога на 5 см короче левой. Распознается кососуженный таз. Берется курс на консервативное ведение родов. Вследствие первичной слабости родовых болей и преждевременного отхождения вод предпринимается метрейриз. Баллон рождается через 8 часов. Сильные родовые боли вклинивают головку. Механизм вставления типический (длинник головки вставляется в длинный косой размер таза). Вследствие затянувшегося изгнания и повышения температуры — наложение шипцов на головку, стоящую в полости таза. Извлекается плод весом в 4200 г, в асфиксии, легко оживлен. Продолжительность родов 45 часов.

Послеродовой период без осложнений.

Случай 116-й

Н. Л., 22-х лет (№ приемного журнала 8233), безработная, поступила в больницу ранним утром 13 июня 1925 г. в роды.

С детства страдает горбом. Долго вовсе не могла ходить, жила при родителях в глухой деревне, врачебной помощи оказано не было. Регулы носит с 17 лет, через 3—3½ недели, по три дня. Не было ни родов, ни выкидышей.

Движения плода почувствовала в январе 1925 г. Беременность протекала без каких-либо осложнений. Последний соитус 5 месяцев назад. Родовые боли начались в I час ночи 13 июня; с рассветом роженица отправилась в больницу.

При поступлении в родильню роженица нас поразила своим малым ростом—138 см. Грудная клетка резко деформирована большим горбом. Границы кифоза—от III грудного до I пояснич-

ного позвонка. Контурная линия горба имеет длину в 25 см; расстояние от III грудного позвонка до вершины кифоза—15 см, от вершины кифоза до I поясничного позвонка—10 см.

Грудная клетка значительно приближена к тазу. Живот большой, отвислый, окружность его на уровне пупка—98 см, от лонца до дна матки—25 см. Продольное положение плода. В дне матки—ягодицы, мелкие части справа, спинка слева. Предлежит головка, прижатая ко входу в таз, над лоном не выступает (вровень с симфизом). Родовые боли сильные, через 5—6 мин.

Измерение таза: dist. spin.—25 см; dist. crist.—27 см; dist. troch.—29 см; conj. ext.—17,5 см.

Ректальное исследование: предлежит головка, малым сегментом во входе в таз, неподвижна. Мыс достигим с трудом. Крестцовая впадина свободна. Зев открыт на 2 пальца, края зева довольно тонкие. Плодный пузырь повидимому цел.

Измерение выхода таза:

продольный размер 11,5 см—1,5 см = 10 см,
поперечный размер 6 см+1 см = 7 см.

Каков диагноз? Какова должна быть терапия?

1. Роды per vias naturales невозможны. Такая маленькая женщина с изуродованным скелетом родить доношенного младенца не может. Показано классическое кесарское сечение.

2. Надо при полном открытии зева сделать профилактический поворот, дабы иметь возможность извлечь плод за ножку в момент появления к тому показаний.

3. Горбатые рожают обычно легко. Хотя таз и изменен, надо надеяться, что высокосидящий горб не слишком деформировал таз. Надо сделать попытку вести роды консервативно.

4. У горбатых таз бывает сужен лишь в выходе. Показано консервативное ведение родов до установки головки в выходе. В конце периода изгнания показано или наложение щипцов или прободение головки.

Мы имеем перед собою первородящую женщину необычайно малого роста, с отвислым животом, со значительным искривлением позвоночника кзади. На первый взгляд, действительно, кажется маловероятным, чтобы подобная женщина могла родить доношенного младенца через естественные родовые пути. Но разберемся подробнее в особенностях случая.

Известно, что искривления позвоночника, происшедшие в раннем детстве, могут оказать весьма значительное влияние на развитие костного таза и повести к моменту окончания роста организма к стойким деформациям его. Тут может иметь значение перенесение центра тяжести туловища кпереди, кзади или в одну из сторон, что неминуемо должно изменить архитектуру таза. Неправильное отягощение крестца должно повлечь за собою изменение его положения в смысле наклона его в том или ином направлении. Перед нами кифоз, т. е. искривление позвоночника кзади, повидимому, рахитического происхождения. Горб довольно солидных размеров. Но из теоретического акушерства нам известно, что не каждый кифоз отражается на строении таза. Общее правило гласит: чем выше локализация кифоза, тем меньше деформация таза. Кифоз шейной части позвоночника или верхнего отдела грудной его части не должен влиять на таз, кифоз нижнего отдела грудной части уже может несколько отразиться на строении таза, поясничный кифоз неминуемо деформирует таз; если же в процесс вовлечен и крестец, то изменение структуры таза должно быть максимальным.

В нашем случае горб занимает позвоночник на обширном протяжении от III грудного до I поясничного позвонка. Подобное искривление позвоночника кзади должно компенсироваться лордозом, т. е. искривлением кпереди ниже лежащего отдела позвоночного столба, т. е. поясничного. Сделайте опыт: возьмите резиновый прут; поставьте его вертикально, произведите на него давление сверху так, чтобы он изогнулся. Вы увидите, что в то время как верхний участок прута даст изгиб в одном направлении, нижний участок его компенсаторно согнется в противоположном направлении; прут примет форму буквы S. Если кифоз занимает грудной отдел позвоночника, компенсаторный лордоз будет наблюдаться в поясничном отделе, и равновесие окажется восстановленным. В нашем случае в кифоз вовлечен и самый верхний отдел поясничной части; можем ли мы быть гарантированы от деформации таза? Конечно, нет; но мы не имеем оснований ожидать крупных изменений в структуре его. Каковы же

будут эти изменения при кифозе? Тут надо различать остроконечный кифоз, зависящий от кариеса тел позвонков (поттов горб), от кифоза рахитического. Характерные для кифоза изменения таза мы встретим при первой форме кифоза; при рахитическом кифозе изменения таза, свойственные рахиту, выступают на первый план и ступеньвают собою изменения, свойственные кифозу. Значение имеет и возраст, в котором началось заболевание: чем в более раннем возрасте развился кифоз, тем выраженнее его влияние на структуру таза.

При значительном, более или менее низко локализованном кифозе таз изменен вполне характерно: крестец в верхнем своем отделе оттеснен кзади, так что тела позвонков как бы выдвинуты между крестцовыми крыльями кзади. Передняя поверхность крестца вытянута, мыс стоит высоко. Длина крестца увеличена, поперечник его уменьшен. Весь крестец как бы повернут вокруг своей поперечной оси, так что прямые размеры полости таза, и особенно прямой размер выхода короче истинной конъюгаты. Подвздошные крылья уплощены, их нормальный изгиб уменьшен, размеры остей и гребней нормальны или увеличены, расстояние между задневерхними остями в силу узости крестца уменьшено. Боковые стенки таза выше нормы, безыменные линии вытянуты. Седалищные бугры значительно сближены, сближены также седалищные ости, так что поперечный размер выхода и *distancia interspinalis* укорочены. Лонная дуга узкая, высокая и остроконечная, напоминает таковую у остеомалятического таза. Таким образом истинная конъюгата увеличена, поперечный размер входа уменьшен, иногда даже он меньше прямого размера. По направлению книзу поперечные размеры таза уменьшаются; наиболее уменьшен поперечный размер выхода, в то время как прямой размер выхода нормален или даже укорочен вследствие отклонения верхушки крестца и копчика кпереди.

Изменения таза объясняются отчасти условиями статики. Вследствие перемещения верхнего колена кифоза кпереди центр тяжести туловища падает кпереди от оси бедер. Туловище упало бы вперед, если бы равновесие не было восстановлено уменьшением наклона таза. Под наклоном таза мы понимаем угол, образуемый при вертикальном положении женщины между истинной конъюгатой и плоскостью горизонта. Имея в среднем 50° , этот угол колеблется в широких пределах. Для измерения наклона А. Э. Манделштамом предложен прибор, прикрепляемый к тазомеру. При измерении наружной конъюгаты в стоячем положении женщины прибор указывает угол наклона таза. Уменьшение наклона таза при кифозе влечет за собою напряжение *lig. ilio-femoralis*. В результате подвздошные кости поворачиваются так, что крылья их стремятся кпереди и кнаружи, седалищные же кости — кзади и кнутри. Сужение выхода в поперечном направлении усиливается еще давлением бедренных костей.

Кифотический таз имеет таким образом особенности структуры, противоположные тазу рахитическому, за исключением свойственного обеим формам пологого положения крыльев подвздошных костей.

Кифотический таз таким образом носит название воронкообразно-поперечно суженного таза.

В дальнейшем вы увидите, что воронкообразное сужение может иметь место и без кифоза, все же чаще всего он наблюдается у горбатых.

Как рождают горбатые? Опыт учит, что при высоко локализованном кифозе таз мало изменен, и роды протекают без особенностей, а так как большинство горбатых женщин носит высокий горб, то немудрено, что большинство горбатых рождает легко. Этот последний факт, отмеченный еще *Leuret*'ом, общеизвестен и вошел в пословицу. Лишь в небольшом проценте случаев, при низко сидящих кифозах, сужение выхода достигает высоких степеней и тогда могут встретиться в периоде изгнания серьезные осложнения. В исключительных случаях, когда вход в таз прикрыт одним коленом горба как крышей (*pelvis obtecta*) и прямой размер входа в таз очень мал, несмотря на отдаленность мыса, вступление головки в таз невозможно. Почти всегда плод находится в продольном положении, обычно в головном предлежании. Головка вступает в таз в одном из косых размеров входа, реже в поперечном; никогда в прямом (*Klein*). Обычно головка беспрепятственно проходит вход в полость таза, в выходе

же встречает сопротивление со стороны сближенных седалищных костей, — сопротивление, которое при значительном сужении выхода может повести к остановке родов.

Неблагоприятное влияние на течение родов оказывает отвислый живот. В силу уменьшения расстояния между грудной клеткой и тазом большая матка не находит себе достаточно пространства и отклоняется кпереди, переходит в усиленную антеверсию — в результате отвислый живот. Если при кифозе переднеголового предлежание и лицевое положение встречаются чаще, чем в норме (*Olshausen, Spiegeberg, Klein*), то вне сомнения в этом повинен наряду с аномалией таза и отвислый живот. Объясняется частота подобных вставлений головки тем, что вогнутая передняя поверхность плода прилежит к выпуклой поверхности передней стенки матки, в силу чего спинка плода остается обращенной кзади: в результате — задний вид затылочного положения, переднее головное и лицевое положение (лицевое по *Klein*'у в 4,2%).

Предсказание родов при кифозе (кифосколиозе) омрачается нередко наступающей декомпенсацией сердца. По *Klein*'у, *cor kyphoscolioticum* грозит опасностью уже во время беременности, далее в родах, особенно в периоде изгнания, и наконец в пуэрперии. Из 16 рожавших кифосколиотичек умерло 2 (12,5%).

В большинстве подобных случаев смерть наступала в послеродовом периоде. Если у женщин с кифосколиозом было расстройство компенсации еще до беременности, то *Klein* считает показанным аборт. Если же декомпенсация наступает в родах, то, по совету *Martin*'а, показана операция Рого, так как она дает наибольшее облегчение сердцу в пуэрперии.

Каков же прогноз в нашем случае?

Со стороны сердца никаких расстройств не было и нет. Вы говорите, что роды у такой маленькой женщины с изуродованным скелетом вряд ли возможны. Действительно, рост нашей роженицы поразительно мал — 138 см. Он мал потому, что кифоз захватывает большой участок позвоночника. Но горб сидит в грудной части, правда, он захватывает и 1-й поясничный позвонок — это *kyphosis lumbo-dorsalis*. Поэтому мы вправе ожидать воронкообразное сужение таза, но вряд ли это сужение будет значительным. Займемся же измерением таза: размеры остей и гребней мало отличаются от нормы (25—27). Разве что есть нарек на рахитическое уплощение подвздошных крыльев. Наружная конъюгата укорочена (17,5). Опять — как бы указание на уплощение таза, но мы знаем, что при кифозе конъюгата нормальна или даже увеличена (кифоз действует на таз в противоположном рахиту смысле). Головка известным сегментом стоит во входе в таз, наружное исследование не дает указаний на значительное несоответствие между головкой и входом в таз. Может быть такую небольшую величину наружной конъюгаты хотя бы отчасти можно будет объяснить незначительной толщиной крестца, жирового слоя и наружных покровов. Ведь при ректальном исследовании одним пальцем мыс достигим с большим трудом, значит он не очень-то близок к лону. А размеры выхода:

Прямой: 11,5 см — 1,5 см = 10 см, поперечный: 6 см + 1 см = 7 см.

Разберемся!

Прямой размер выхода измеряется следующим образом (рис 305): В спинно-ягодичном положении роженицы одна пуговка тазомера ставится снаружи на верхушку крестца, другая к нижнему краю симфиза (край *lig. arcuatum*). Первая ставится на верхушку крестца, так как копчик подвижен и в расчет не принимается. Лишь при анкилозе крестцово-копчикового сочленения следует исходить из верхушки копчика. Полученная величина будет еще конъюгатой выхода, она будет больше, из нее нужно сделать вычет известной величины, определяющей толщину верхушки крестца и наружных покровов. *Breisky* получал для нормального таза 12,3 см, вычитая 1,5 см, определял таким образом конъюгату выхода равной 10,8 см. Принято ее считать равной 11 см. Мы получили 10 см: небольшое укорочение.

Поперечный размер выхода измеряется также в спинно-ягодичном положении (рис. 306). Легко прощупать седалищные бугры по сторонам *anus*'а, легко определить их внутренние поверхности. Приставляя к ним пуговки *Oslander*'овского

тазомера, мы получим цифру, к которой следует прибавить известный $+$ на толщину покровов, а именно 1 см . В норме получается $10 \text{ см} + 1 \text{ см} = 11 \text{ см}$. У нас получено $6 \text{ см} + 1 \text{ см} = 7 \text{ см}$. Значит поперечный размер выхода значительно уменьшен.

Можем ли мы на основании наших измерений ставить абсолютно плохой прогноз в смысле невозможности родоразрешения? Конечно, нет, тем более что плод, повидимому, не очень большой (окружность живота 98 см , длина по Ahlfeld'у $25 \text{ см} \times 2 = 50 \text{ см}$). Существенное сужение наблюдается лишь в выходе таза; конец периода изгнания может представить затруднения, которые можно будет преодолеть, если представится необходимость. Мы приходим к заключению, что у нас нет оснований говорить о невозможности родоразрешения *per vias naturales*. Мысль о кесарском сечении должна быть оставлена, тем более что наша пациентка первородящая и возможность что она может родить через естественные родовые пути не исключена,



Рис. 305. Измерение прямого размера тазового выхода.

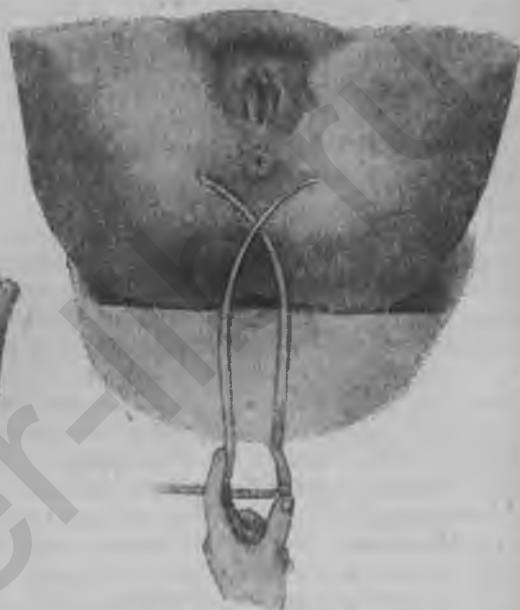


Рис. 306. Измерение поперечного размера тазового выхода.

Предложение сделать при полном открытии зева профилактический поворот на ножку, чтобы иметь возможность извлечь плод, если будет нужно — моего сочувствия не встречает. Не говоря уже о том, что профилактический поворот в настоящее время имеет мало сторонников, он — операция очень рискованная. При сужениях таза, будь они во входе в таз или в выходе, мы рассчитываем на то, что под влиянием сильных родовых болей наступит должная конфигурация головки, произойдет приспособление головки к пространственным особенностям таза. На этот сложный процесс могут уйти часы упорной родовой деятельности, даже много часов полезной работы. После же поворота головка может встаться в суженное место неблагоприятным размером конфигурация может и не произойти в течение нескольких минут, и несоответствие должно быть преодолено силой, грубой силой. Рационально ли это? Нет, не только нерационально, но и весьма рискованно. В одной из предыдущих бесед вы слышали, что большинство акушеров охладело к профилактическому повороту при узком тазе, после того как им приходилось не один раз после безуспешных попыток извлечь последующую головку приступать к ее проведению. Кроме того не забудем, что наша пациентка первородящая, а у таких поворот на ножку вообще очень серьезное вмешательство, допустимое лишь при абсолютных показаниях. „Профилактический“ поворот мы должны решительно отклонить.

Мы естественным путем приходим к предложению вести роды консервативно. Мы почти уверены, что при хорошей родовой деятельности головка пройдет через вход в таз без особых затруднений, пройдет полость, как в норме, и лишь в выходе таза может встретить препятствие. Можем ли мы рассчиты-

вать на естественное преодоление препятствия в выходе? Думаю, что да. Прямой размер укорочен незначительно, сближенные седалищные кости представляют узкие ворота, через которые придется пройти головке. Но если она, проделав правильный механизм, подойдет к этим воротам в надлежащем размере и будет под влиянием мощных схваток хорошо конфигурироваться — прохождение суженного выхода вполне возможно.

А если конфигурация будет несовершенна или если родовая деятельность будет к тому моменту недостаточной, т. е. наступит вторичная слабость родовых болей, — какого образа действия держаться? Мы будем зорко следить за концом периода изгнания, будем, если нужно, поддерживать хорошую родовую деятельность; будем зорко следить и за состоянием плода. И если наступят показания со стороны матери (истощение, явления ущемления и т. п.) или со стороны плода (асфиксия), то решимся на операцию наложения щипцов; эти щипцы, хотя и выходные, могут оказаться технически далеко нелегкими.

Как *ultimum refugium* — остается прободение головки, операция в данном случае очень простая.

Говоря вообще при поперечнике выхода в 8 см роды обычно завершаются спонтанно или же с помощью незначительных вмешательств. Если поперечник выхода менее $5\frac{1}{2}$ см, то абсолютно показано кесарское сечение. При поперечнике в 8,5—8 см, по Груздеву, можно подумать об искусственных преждевременных родах, перфорации, пубиотомии и опять-таки о кесарском сечении. Понятно, что и тут цифровые данные не имеют абсолютного значения, важнее величина головки, способность ее конфигурировать, сила родовых болей и пр.

В нашем случае мы решились на консервативное ведение родов, полагая, что шансы на завершение периода изгнания силами природы велики. Во второй половине периода изгнания мы будем готовы оказать соответствующее пособие, избегая однако применения морфия. Дело в том, что при кифозе (кифосколиозе) имеется чрезмерная чувствительность к морфию. *Carl Schrötter* (1929) видел случай отравления через 2 часа после впрыскивания 0,01 морфия. У *Trendelenburg'a* есть указание, что у людей с деформацией грудной клетки уже обычные терапевтические дозы морфия могут угрожать жизни (влияние на центр дыхания, ухудшение вентиляции легких). Вот почему метод Строганова нельзя применять у кифотической женщины, заболевшей эклампсией.

В 9 час. 30 мин. отошли воды в умеренном количестве, без примеси мекония.

Через 10 мин. по отхождении вод начались потуги.

В 10 час. 30 мин., при бурных потугах, показался затылок плода в половой щели; спустя несколько минут родилась головка.

Плод — доношенный мальчик, весом 3000 г, длиной 50 см, без асфиксии.

Через 15 мин. вышел послед. Плацента вся, без дефектов. Оболочки целы.

Послеродовой период прошел гладко. Родильница выписалась на 9-й день со здоровым ребенком.

При исследовании перед выпиской половые органы найдены в хорошем состоянии. Диагональная конъюгата — 11 см.

Интерес случая. Первородящая очень малого роста со значительным люмбодорзальным кифозом и отвислым животом. Прогноз родов может внушить сомнения. Учитывая высокое положение горба, небольшую величину плода и хорошую родовую деятельность мы ставим благоприятный прогноз, несмотря на значительное поперечное сужение тазового выхода. Консервативное ведение родов оказывается правильным. Период изгнания протекает чрезвычайно быстро. Кифоз рахитический; таз воронкообразный, поперечно-суженный. Истинная конъюгата укорочена — 9,5 см, очевидное влияние рахита, действующего в противоположном кифозу смысле. Если во входе в таз еще видно влияние рахита, то в выходе на первый план выступает характерное для кифоза воронкообразное сужение с преимущественным укорочением поперечного размера. Препятствие в выходе было с легкостью преодолено мощной родовой деятельностью, давшей в короткий срок должную конфигурацию идущей в затылочном предлежании головке.

Случай 117-й

В. С. Г.-С., 25 лет (№ приемного журнала 8490), домашняя хозяйка. Поступила в больницу 19 июня 1925 г. в 9 час. 25 мин. в родах.

Краткий анамнез: родилась в Тифлисе, в детстве кроме кори и ветреной оспы, ничем не хворала. Менструации начала носить с 17 лет, через месяц по 2 дня.

Замуж вышла на 23-м году. Тип менструальных после замужества не переменялся. Настоящая беременность — первая. Последние месячные 15 сентября 1924 г. Половая жизнь прекращена с начала беременности. Времени первых движений плода указать не может. Беременность протекала без особенностей.

В полночь на 19 июня начались родовые боли. В 9 час. 25 мин. поступила в родильное отделение.

При поступлении: перед нами роженица среднего роста, правильного нежного телосложения, брюнетка. Т. 37,0°. Пульс 80. Со стороны сердца и легких изменений нет. Скелет без видимых деформаций. Отеков нет. Живот увеличен соответственно доношенной беременности, оvoidной формы. Окружность его 100 см. Резкая пигментация средней линии, скудные свежие полосы беременности. Пупок выпячен. Дно матки на 3 пальца ниже меча. Высота дна над лонем 37 см. В дне матки определяются ягодицы, мелкие части неясно прощупываются слева. Спинка — справа. Предлежит головка, прижатая ко входу. Henkel-Вастен отрицательный. Сердечные тоны плода справа, ниже пупка, 140 ударов в минуту.

Размеры таза: dist. spin.—21 см; dist. crist.—23 см; dist. troch.—26 см; conj. ext.—19 см; окружность таза 75 см.

Схватки редкие и слабые.

Дежурным врачом произведено исследование per rectum: полость таза пустая. Шейка сглажена, открытие зева — 1½ пальца, края зева тонкие, пузырь цел. Головка едва достигается. Мыс достигим.

Так гласит краткая запись.

Роженица переведена в палату беременных.

О какой патологии мог подумать дежурный врач?

Размеры таза говорят за общеравномерное его сужение.

Действительно, случай казался банальным случаем pelvis justo minor, каких много. В дальнейшем вы увидите, что произошла диагностическая ошибка и произошла она потому, что исследование не было полным.

Весь день 19 июня роженица провела спокойно, схватки были редкие и слабые. К вечеру они усилились, роженица была переведена в родильную. Вечером в 20 часов отошли воды, головка опустилась в полость таза. Ночью роженица утомлена. Был вприснут морфий, после чего роженица спала несколько часов.

20 июня 8 час. общее состояние удовлетворительное Т.—36,9°. Пульс 88. Схватки через 6 мин., сильные. Явления растяжения нижнего сегмента нет. Головка в полости таза. Сердечные тоны справа ниже лупка, 128 в минуту.

Per vaginam: наружные части развиты правильно. Вход во влагалище нерожавший. Отходят необильные воды с легким запахом. Открытие зева полное, краев зева нигде нет. Головка выпяняет полость таза, покрыта значительной родовой опухолью. Стреловидный шов в правом косом. Большой родничок слева и спереди. Малый ниже большого, справа и сзади. Во время исследования обращено внимание на необычный выход костного таза: восходящие ветви седалищных костей сближены и идут почти параллельно. Угол лонной дуги острый. Седалищные бугры сближены. Измерен выход: поперечный размер — 6,5 см, прямой размер — 9 см.

Каков диагноз? Что делать?

1. Имеется сужение выхода. Ввиду отсутствия кифоза следует предположить, что таз воронкообразный. Начинается асфиксия плода. Показаны щипцы.

2. Таз воронкообразный поперечно-суженный. Плод в опасности. Щипцы вряд ли удастся наложить. Показана пубиотомия.

Итак, спустя почти сутки после поступления выявлена тяжелая патология в виде значительного сужения поперечного размера выхода. Еще раз осмотрен костяк роженицы: кифоза нет. Ромб Michaelis'a немного уплощен. Какой же это таз? Несомненно воронкообразный поперечносуженный.

В предыдущей беседе вы видели, что воронкообразная форма таза, как правило, развивается на почве низко расположенного кифоза. По Груздеву, выражения „кифотический таз“ и „воронкообразный таз“ являются в сущности синонимами. Все же известно, что в отдельных случаях воронкообразное сужение таза может иметь место и без наличия кифоза. При воронкообразном тазе вход в таз отклонений от нормальных отношений не представляет, книзу же костный тазовой канал более и более суживается, причем укорочение чаще касается поперечных размеров (поперечносуженные воронкообразные тазы), реже преобладает укорочение прямого размера выхода (прямоусуженные ворон-

кообразные тазы). Эти тазы, как правило, очень высоки (рис. 307), крестец длинный и узкий, мыс расположен высоко кзади, лонная дуга узкая, боковые стенки таза сходятся по направлению книзу. В общем таз по своему виду напоминает мужской таз. Он действительно часто наблюдался у женщин крепкого телосложения, мужского склада.

О происхождении воронкообразных тазов почти ничего не известно. Предполагают, что в этиологии их лежит остановка развития на ранней ступени, возможно — внутрисекреторные влияния. По *Breuss* и *Kolisko*, в основе образования воронкообразного таза лежит так называемая ассимиляция, т. е. присоединение к крестцу V поясничного позвонка, который, входя в состав крестцовой кости, удлиняет ее кверху (верхняя ассимиляция) (рис. 308), или же ассимилируется первый копчиковый позвонок (нижняя ассимиляция). В обоих случаях крестец состоит из 6 ложных позвоночников. Процессы ассимиляции, повидимому, играют большую роль в происхождении аномалии таза. Распознавание их на живой женщине встречает непреодолимые трудности.



Рис. 307. Воронкообразный таз.



Рис. 308. Верхняя ассимиляция.

Если прежде полагали, что воронкообразные тазы представляются редкими формами узкого таза, то в настоящее время частота их определяется в 5% (*Stöckel*), причем большая часть, конечно, относится к тазам кифотическим *Stone* (*New Haven — 1924*) считает сужение выхода довольно частым явлением и определяет частоту воронкообразного таза в 7%. Практически важно, что чаще встречаются незначительные степени воронкообразного сужения. Сильные степени его — редкость.

С точки зрения практического родовспоможения воронкообразные тазы имеют свои характерные особенности. Если в большей части аномальных тазов предлежащая часть встречает препятствие во входе в таз, то здесь она проходит тазовой вход беспрепятственно и легко погружается в полость таза до тазового дна. И лишь в выходе головка встречает препятствие со стороны сходящихся стенок таза (сближенные седалищные ости, бугры и ветви, узкая лонная дуга, смещенный кпереди копчик). Обычно предлежание затылочное, поразительно часто находят передне-головное положение, а также низкое поперечное стояние. Нередки случаи, где воронкообразное сужение распознается лишь во второй половине периода изгнания, когда затянувшееся изгнание побуждает врача к более внимательному исследованию роженицы. При вагинальном исследовании находят указанные особенности выхода. Измерения прямого и поперечного размера подтверждают диагноз.

Исход родов зависит от многих факторов. Главнейший из них — степень сужения, о чем я уже говорил в предыдущей беседе. При абсолютном сужении (поперечник выхода 5,5 см и менее) родоразрешение доношенным плодом невозможно. При поперечнике в 8 см обычно изгнание завершается силами при-

роды. При средних степенях исход будет различный в зависимости от величины и конфигурабельности головки, эффективности родовых сил. Головка может ущемиться в костном выходе и стоять много часов в нем, выдаваясь своей родовой опухолью из половой щели. При неокказании помощи наступают вторичная слабость родовых болей, истощение роженицы, повышение температуры, асфиксия и гибель плода. С другой стороны, возможны протирания мягких частей выхода, разможнение и разрывы их.

В нашем случае воронкообразное сужение таза распознано не сразу, оно значительно. Роды продолжают уже 32 часа, безводный интервал длится 12 час. Головка легко прошла полость таза и стоит перед препятствием выхода. Открытие полное, внутренний поворот еще не закончен, имеется задний вид затылочного предлежания. Родовая деятельность сильная. Есть ли показания к вмешательству? Пока нет. Матери пока ничего не угрожает. Замедление сердечных тонов плода незначительно. Может быть, под влиянием родовых болей завершится внутренний поворот, головка сконфигурирует в выходе и изгнание



Рис. 309. Положение головки в выходе при нормальном тазе.

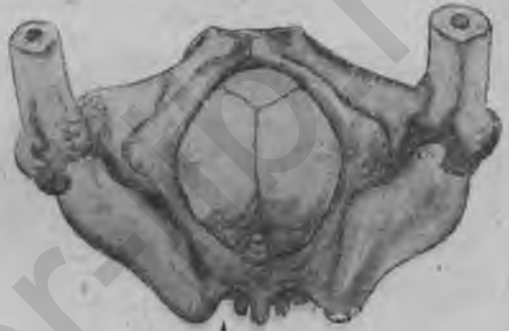


Рис. 310. Положение головки в выходе при общеравномерносуженном тазе.

завершится силами природы, если повышение температуры матери или состояние плода не заставят вмешаться. И этим вмешательством будет наложение щипцов или перфорация головки. Отнюдь не пубитомия: ведь наша роженица перородящая.

Практическому врачу-акушеру следовало бы больше внимания уделять тазовому выходу. Тогда не было бы поздних или слишком поздних распознаваний воронкообразного сужения. Вдумайтесь в отношения головки к костному выходу во второй половине периода изгнания! Позволяю себе привести демонстративные рисунки, взятые у *Stöckel*'я, прекрасно иллюстрирующие эти отношения при разных формах таза. При нормальном тазе между головкой и костями выхода повсюду есть свободное пространство (рис. 309). При общеравномерносуженном тазе юношеского типа выход таза равномерно сужен, между головкой и стенками выхода нет никакого свободного пространства (рис. 310).

При плоском, рахитическом тазе, где выход широкий, седалищные бугры разворочены, видны по бокам головки обширные свободные пространства, спереди и сзади также достаточно места (рис. 311).

Другую картину вы видите при воронкообразном тазе: тут головка ущемлена в выходе, свободного пространства нигде нет; седалищные бугры сближены; лонная дуга узкая, копчик резко выдается и прикрывает головку (рис. 312).

Кстати о копчике! На последнем рисунке видно, что при воронкообразном тазе прямой размер выхода („конъюгата выхода“) может быть сильно укорочен. Подвижность крестцово-копчикового сочленения обычно все же допускает родоразрешение. Совсем другое дело при анкилозе копчика; тут копчик соединен с крестцом неподвижно и не может отгибаться кзади. Подобные случаи не исключительны. В Харьковской клинике за время директорства *Лазаревича*, они наблюдались 5 раз (цит. по *Груздеву*). У нас в одном случае (П. Н. К. 10/II 1931 г.,

№ 2297) во время извлечения головки щипцами анкилозированный копчик сломался, что сопровождалось ясно слышимым хрустом.

В подобных случаях может зайти речь о профилактической резекции копчика. *Димант* сообщает даже о случае резекции нижней части крестца („sacroctomia при сужении в прямом размере выхода“ 1890 г.).

Но вернемся к нашей роженице.

Родовая деятельность утром (20 июня) энергичная, после полудня начала слабеть.

В 13 час. 30 мин. из родовых путей появился густой меконий. Сердечные тоны глухие, аритмичные. Потуги прекратились.

Что делать?

1. Надо немедленно извлечь плод щипцами.
2. Вряд ли удастся извлечь плод живым. Придется прибегнуть к перфорации.



Рис. 311. Положение головки в выходе при плоском рахитическом тазе.



Рис. 312. Положение головки в выходе при воронкообразном тазе.

Наступила асфиксия плода, причин ее мы не знаем, но вправе предположить родовую травму плода, вернее внутричерепное кровоизлияние.

13 час. 35 мин. Роженица на операционном столе и обычным образом подготовлена. Дан наркоз (НСС₂). Еще раз произведено исследование. Головка в выходе, родовая опухоль на уровне половой щели. Стреловидный шов между прямым размером и правым косым. Задний вид. Лонная дуга очень узка. Наложены щипцы в левом косом. Несколько тракций безрезультатны. Обильно отходит меконий. Сердечные тоны исчезают.

Остается приступить к краниотомии.

Введены зеркала, покровы головки захвачены в двух местах пулевыми, рассечены до кости введен перфоратор Blot, сделана перфорация в стреловидный шов, вычерпан мозг, наложен краниокласт Браун'a (окончатая ветвь кзади на затылок). С большим трудом, медленно извлечена головка, затем плечики и туловище. Извлеченный плод опущен в ведро с водой. Остатки вод, густо окрашенные меконием, издают сильный запах.

Плод мертвый, мужского пола, весом 3150 г (без мозга).

Послед не выходил в течение 4 часов.

17 час. 45 мин.: послед не отделился, кровотечение незначительное. Матка дряблая. Решено удалить послед. Выпущена моча (без крови). Попытка выжать послед по Credé безуспешна. Поэтому дан легкий наркоз—послед выжат lege artis, осмотрен: дефектов нет. Обнаружен разрыв промежности 2-й степени: наложено несколько кэтутовых швов на влагалище, 4 нитяных шва на кожу промежности.

Послеродовой период осложнился эндометритом. 23 июня температура поднялась до 38°, 24 июня до 40°. В дальнейшем она постепенно спала до нормы (4 июля). 12 дней родильница ежедневно получала Butyrol Милытиной. 18 июля выписалась домой без ребенка.

Итак, во второй половине периода изгнания наступила асфиксия плода, во время пробных щипцов плод погиб. Проведены ли роды lege artis? Конечно, нет. Полагаю, что если бы в начале родов была распознана аномалия таза (воронкообразный поперечносуженный таз с поперечным размером выхода в 6,5 см), то, принимая во внимание величину плода, следовало бы решиться на кесарское сечение в начале родов. Что оставалось делать в периоде изгнания? „Профилактический“ поворот (при подвижной еще головке) вряд ли был показан: извлечение последующей головки встретило бы непреодолимое препятствие

со стороны костного выхода, пришлось бы перфорировать головку. Выходные щипцы, операция легкая при нормальном тазе, здесь оказалась очень трудной. Смерть плода развязала нам руки: мы сделали краниотомию.

Легко себе представить аналогичный случай, когда затянувшийся период изгнания, истощение матери, повышение температуры, *endometritis sub partu* заставили бы вмешаться при живом плоде, а щипцы, вследствие сильного сужения выхода, невыполнимы. У повторнородящей, в клинической обстановке, можно было бы подумать о пубиотомии. А у первородящей, или в обстановке, исключающей возможность производства тазорасширяющей операции, при явлениях, угрожающих жизни матери, что осталось бы делать? Исключительно краниотомию, даже на живом.

Мы вскользь затрагивали уже вопрос о перфорации живого плода. Эта операция столь частая в прежнее время, теперь производится в исключительно редких случаях. Чем выше родовспоможение, тем реже перфорация живого плода. В клиниках, оборудованных больницах ей не место. Современное акушерство требует предания этой операции забвению. Она противоречит основному принципу современного родовспоможения: живая мать, живой плод. Тут руками врача умерщвляется плод. И закон не трактует этого как „убийство“ лишь в том случае, если оно было абсолютно необходимо для спасения жизни матери. При узком тазе в клиниках, благоустроенных больницах, перфорация живого плода не должна иметь места, за исключением случаев, когда роженица доставляется тяжело инфицированной. Старые статистики дают печальные цифры: так, перфорация живого плода произведена в Берлине в 19% всех перфораций вообще, а в Лейпциге времен *Credé* в 69% перфорация производилась на живом. Современные статистики говорят иное: в клинике *Winter'a* за 20 лет не было ни одной перфорации живого плода по поводу узкого таза, в клинике *Hofmeier'a* за 14 лет операция произведена 2 раза на жизнеспособном плоде.

Все же до настоящего времени даже в клиниках могут встретиться случаи, где нельзя обойтись без этой внушающей к себе отвращение операции. Сюда относятся случаи перфорации недоносков при декомпенсированном пороке сердца, пневмонии, тяжком туберкулезе, жестокие случаи преждевременного отделения или полного предлежания последа.

Во внебольничной обстановке перфорация на живом плоде естественно производится чаще. Это зависит не столько от отсутствия хорошо оборудованных операционных, сколько от невозможности произвести кесарское сечение вследствие отсутствия опыта и технических знаний у многих врачей. Не подлежит сомнению, что в дальнейшем при повышении квалификации врачебных кадров периферии, при развернутой густой сети родовспомогательных учреждений — запущенных случаев будет меньше, и каждой роженице будет оказана своевременная и рациональная помощь.

Краниотомия на живом допустима при узком тазе лишь при следующих обстоятельствах: если самопроизвольное родоразрешение невозможно или вследствие угрожающего состояния матери недопустимо, если состояние матери исключает производство кесарского сечения или тазорасширяющей операции и если, при более легких степенях сужения таза, попытки к повороту или наложению щипцов оказались безуспешными (*Winter*). Выше я уже говорил, что участковый врач, не обладающий в совершенстве техникой высших щипцов, при головке, стоящей лишь во входе в таз, и наступлении абсолютных показаний к окончанию родов и невозможности производства или противопоказанности кесарского сечения — прибегнет к краниотомии на живом плоде. Этим он поступит более рационально, устраняя угрозу жизни матери. Для следующих родов он направит роженицу в клинику или больницу.

Опухоли, закладывающие родовые пути, в клинике не могут служить показанием к перфорации на живом, разве что в исключительных случаях при тяжкой инфекции. Участковый врач, не будучи по тем или иным причинам, в состоянии произвести кесарское сечение, должен воздержаться от вправления ущемленной в тазу опухоли и прибегнет к краниотомии на живом.

Неподатливые, не достаточно расширенные мягкие родовые пути, в клинике (больнице) не оправдывают краниотомии на живом, а показывают влагалищное

(или брюшностеночное) кесарское сечение (напр. внутреннее кровотечение при преждевременном отделении детского места). Участковый врач и тут, в опасную для матери минуту, будет вынужден перфорировать живого. Особняком стоит гидроцефалия. Распознанная водянка головки служит показанием к прободению головки даже на живом. Можно ограничиться пункцией черепа, потому что иногда такой плод может выжить, но, принимая во внимание малую жизнеспособность подобных плодов, рациональнее, особенно в случаях угрожающего разрыва матки, произвести краниотомию на живом. Перфорация последующей головки—операция нередкая. Она производится обычно в случаях застревания извлекаемой головки. Вопрос облегчается тем, что во время попыток извлечения головки плод отмирает, так что перфорация фактически производится уже на мертвом плоде. Если же плод извлекается при недостаточном открытии зева или неподатливых мягких частях и если состояние матери угрожающе и требует быстрого разрешения, то, во избежание разрывов нижнего сегмента и шейки, могущих стать для матери смертельными, в конкретном случае может быть показана перфорация на живом.

Итак, пока мы еще не можем сдать в архив краниотомию на живом. Но, совершенствуя асептику, рационализируя родовспоможение, повышая квалификацию врачебных кадров, мы приближаемся к моменту, когда сможем сказать: „La perforation de l'enfant vivant a vécu“.

Интерес случая. Первородящая, 25 лет, поступает в периоде раскрытия. Ставится диагноз общеравномерносуженного таза. В дальнейшем выясняется, что таз воронкообразный поперечносуженный. Поперечник выхода 6,5 см. В периоде изгнания головки, стоящая в заднем виде затылочного предлежания, встречает препятствие в тазовом выходе. Наступает вторичная слабость родовых болей; асфиксия плода. Наложение пробных щипцов, во время чего плод погибает. Краниотомия. Вес плода (без мозга) 3150 г. Через 4 часа послед выжат по Сведé в наркозе. Продолжительность родов 44 часа. Последродовой период осложняется эндометритом.

Случай 118-й

Е. В., 37 лет, крестьянка Костромской губернии (№ присяжного журнала 1942), поступила в Родильный дом 22 августа 1918 г. в 10 час., в родах.

Из анамнеза выяснилось, что детство она провела в деревне, замуж вышла на 20-м году жизни. Муж — плотник, сама занимается домашним хозяйством.

Всех родов было 7: следовали они через 1½ — 2 года. Первые роды были на 21-году жизни, ребенок родился живой. Шестая беременность кончилась родами двойнями, умершими к концу первого года от коклюша. Последние роды были 17 мая 1916 г. Беременность была тяжелая: отек ног и живота. Роды длились всего 3 часа. Ребенок родился мертвым. В живых детей нет. Все умерли от случайных причин (воспаление легких, коклюш). В Ленинграде роженица живет 9 лет. 7 лет тому назад у мужа была какая-то венерическая болезнь, повидимому, мягкий шанкр. После последних родов, 2 года тому назад, стала чувствовать боли в костях, ломоту в крестце, в ногах, руках, преимущественно в плечах и локтях, особенно по ночам. Во время ходьбы боли беспокоят мало, при лежании же они обостряются. С тех пор больная стала замечать, что „тело сохнет“ и что платья стали как бы длиннее: „когда не подвяжешь платья, так и приступишь“. Последняя менструация была 20 ноября 1917 г. В течение беременности боли усилились, особенно в костях таза (в крестце и в лонной кости), а также в бедрах. Ходить могла только с подвязанным животом. Быстро ходить не могла вовсе.

Получив от больной подобные анамнестические данные, о каком заболевании мы можем подумать?

1. О ревматизме хроническом.
2. Об остеомаляции.

Конечно, лишь подробное исследование роженицы даст нам возможность поставить точный диагноз. Но уже теперь мы более склонны подозревать остеомаляцию, имея в виду, что мы имеем дело с женщиной в возрасте полного расцвета половой зрелости, заболевшей, повидимому, вслед за родами неопределенными болями в костях, болями, которые особенно усилились по наступлении следующей беременности. Ведь известно, что беременность, с одной стороны, способствует возникновению остеомаляции, с другой — усиливает ход

возникшей ранее болезни. Характерно заявление больной, что „тело сохнет“, т. е. как бы уменьшается в объеме; далее, что „платья стали длиннее“.

Проследим же дальнейший ход болезни и посмотрим, насколько наше предположение оправдывается.

Движения плода по словам больной были очень слабые, за три дня до начала родов они прекратились вовсе. 21 августа в 7 час. утра начались родовые боли: тут же отошли грязные воды.

В 2 часа дня роженица поступила в один из городских родильных приютов. Врачом приюта поставлен диагноз остеомаляции и, ввиду переполнения приюта и недостаточности персонала и материала, роженица переведена в родильный дом.

22 августа в 10 час. роженица поступила в родильную.

Рост — 141 см. Питание очень плохое. Цвет лица бледный. Кожа морщиниста. На верхней челюсти всего один зуб, на нижней 5 зубов — и те все карнозные. Походка затруднена, напоминает утиную. Стопы повернуты носками несколько внутрь. При осмотре сзади бросается в глаза, что ягодицы не округлы, а сильно уплощены. Вертлужные области вдались. Область поясницы обнаруживает признаки лордоза. Крестец искривлен кифотически кзади. Крестцовый гребень резко выступает, также заметно выступают задне-верхние ости, вместе с тем располагаясь ближе друг к другу, чем в норме. Надкрестцовая ямка выражена хорошо, расположена ниже нормы, а именно на одном уровне с задне-верхними остями, превращая таким образом ромб Михаэлиса в треугольник. Идущая книзу от крестца межягодичная складка широка и дает возможность видеть уплощенную и как бы загнутую кпереди область копчика. Ягодицы дряблые, плоские, свисают отвесно вниз.

Беременность доношенная. Окружность живота — 93 см. Плод во втором затылочном положении. Головка баллотирует над входом в таз. Сердцебиение плода нигде не выслушивается.

Лонное сращение резко выдается вперед, в виде мощного клюва, шириною в 5—6 см. Лонные кости при надавливании не болезненны. Гребни подвздошных костей искривлены в том смысле, что приблизительно на середине их протяжения делают крутой изгиб кпереди, направляясь к передне-верхним остям: кзади они полого спускаются к подавшемуся сильно вперед крестцу.

Размеры таза: *dist. spin.* — 23 см; *dist. crist.* — 27 см; *dist. troch.* — 24 см; *conj. ext.* — 17 см. Окружность таза 67,5 см.

Желая убедиться в симметричности или асимметричности обеих половин таза, мы измерили еще следующие размеры:

1. От левой передней ости к надкрестцовой ямке — 16 см.

От правой передней ости к надкрестцовой ямке — 16,5 см.

2. От симфиза к левой задне-верхней ости — 16,5 см.

От симфиза к правой задне-верхней ости — 17,5 см.

3. Полуокружность по гребню подвздошных костей от симфиза до надкрестцовой ямки в обе стороны по 21 см.

Наконец, мы измерили расстояние между задне-верхними остями (*Litzmann*) — 7 см и размер Фрейнда (от остистого отростка VI шейного позвонка до внутреннего края рукоятки грудины) — 10 см.

При таких колоссальных изменениях, найденных при наружном исследовании, мы имели полное основание ожидать много существенного от исследования внутреннего.

Наружные половые части нормальны. Влагалище узкое. Резко сужен выход таза. Лонная дуга настолько сужена, что пропускает только один палец, причем ближе к симфизу расстояние между ветвями несколько свободнее, на половине же пути от симфиза к седалищным буграм палец еле умещается между костями. Мыс сильно выдается в полость таза, верхняя часть крестца наклонена кпереди и в виде массивного выступа прикрывает тазовой вход. Нижняя часть крестца с копчиком загнута кпереди. Передняя поверхность крестца, согнутая таким образом под углом, на ощупь гладка. Наклонная конъюгата — 7 см.

Области крестцово-подвздошных сочленений расположены настолько далеко, что пальцем не достигаются вовсе. Боковые стенки входа в таз легко достижимы. Таким образом вход в таз при внутреннем исследовании дает фигуру, похожую на римское V. Шейка укорочена, пропускает 1 палец. Вод нет. Предлежащая головка еле достигается, стоит высоко и подвижна над входом.

Выход таза сильно сужен, седалищные кости сближены. Поперечный размер выхода — 5 см, прямой — 8 см.

Не правда ли, изменения столь характерны, что дают вполне классическую картину остеомаляции. Особенно важна деформация таза: тут и глубокое внедрение крестца в таз, изуродование подвздошных гребней, клювовидное выстояние лонных костей, спавшаяся почти до полного соприкосновения лонная дуга, сильнейшее сближение седалищных костей, внедрение вертлужных областей в таз, перегиб крестца под углом, характерные очертания входа в таз, отвисание ягодиц (в силу паралича мышц).

Известно, что подобный таз называется спавшимся остеомалятическим тазом, и единственная форма, с которой можно спутать такой таз — есть таз спавшийся рахитический.

Но стоит только вспомнить, что наша больная легко родила 7 раз доношенных детей, вспомнить всю картину болезни и, конечно, мысль о рахите отпадает.

Итак, перед нами многорожавшая женщина с тяжелой формой остеомалации, с удовлетворительной родовой деятельностью, с отошедшими водами, с пavidимому мертвым, плодом.

Скажу кратко, что покойный В. А. Столыпинский, разобрав случай, поставил абсолютное показание к брюшностеночному кесарскому сечению.

23 августа 1918 г. в 2 часа ночи приступлено к операции классического кесарского сечения. Под хлороформным наркозом разрез проведен по средней линии живота (длиною около 20 см). Матка выведена наружу, рассечена по средней линии спереди. Плод извлечен мертвым; послед извлечен рукой. Пloсть матки обсушена и вытерта спиртом. Матка зашита 16 шелковыми швами. Затем, в целях обеспложивания, удалены трубы с клиновидным иссечением маточного их конца. После тщательной перитонизации брюшная рана зашита послойно.

Операцию больная перенесла хорошо. Плод—мертвая девочка; вес—3000 г, длина 47 см, окружность головки—32 см. Послед губчатого строения, с центрально прикрепленной пуповиной. Вес последа—400 г, длина пуповины—50 см.

Послеоперационный период прошел гладко. Температура не повысилась ни разу. 29 августа сняты швы. Рана зажила первичным натяжением. 30 августа на крестце обнаружен незначительный пролежень, вскоре заживший. С 31 августа родильнице назначен рыбий жир с фосфором (phosphori puri 0,06, ol. Jecoris aselli 200,0—по столовой ложке 3 раза в день). Анализ мочи каких-либо отклонений от нормы не обнаруживает. Цвет мочи светложелтый, реакция кислая. Уд. вес 1008. Нет ни белка, ни сахара, ни ацетона. Осадок незначительный, содержит немного плоского эпителия, других видов эпителия нет, также нет эритроцитов. Лейкоцитов 3—4 в поле зрения. Цилиндров не найдено. Из кристаллов изредка попадаются кристаллы мочекислового натра.

Исследование крови: в мазках патологических форм не обнаружено. Нейтрофильных лейкоцитов—60,5% эозинофилов—1,3%, переходных форм—1,8%, больших лимфоцитов—25%, малых—10,4%, гемоглобина—80%, эритроцитов—4 800 000, лейкоцитов—4000.

8 сентября родильница выписалась, значительно окрепнув.

Итак, было не трудно поставить диагноз остеомалации. Как анамнез, так и status praesens вполне характерны для размягчения костей. Таз оказался спавшимся и абсолютно узким. Роды per vias naturales оказались невозможными. Пришлось делать кесарское сечение при мертвом плоде.

Казалось бы наш образ действий был правильным, и все-таки мы допустили ошибку. Какую?

Мы сделали стерилизацию, зная, что последующая беременность ухудшила бы состояние больной. Но мы не сделали кастрации, упустив из виду благотворное влияние кастрации на остеомалацию. Это была ошибка. Несмотря на просьбу показываться, больная больше не появлялась.

С тех пор прошло много лет. За этот период времени мне пришлось видеть случай остеомалации у старухи. Больная поступила в терапевтическое отделение больницы им. Чудновского с диагнозом ревматизма. Ввиду сильных болей в тазу, я был приглашен на консилиум. Я увидел истощенную старуху, жаловавшуюся на сильнейшие боли во всем теле, особенно в тазу. Попытка произвести вагинальное исследование не удалась. Лонные и седалищные кости были настолько сближены, что войти пальцем во влагалище не оказалось возможным. Симфиз выступал в виде резкого клюва. На другой день старуха скончалась. Это была osteomalacia senilis sive tarda.

2-й случай остеомалации беременных мне встретился в 1929 г.: его я представляю вашему вниманию.

А. И. М., 32 лет, гречанка, уроженка Карской области, Ардаганского района (№ приемного журнала 7770) поступила в клинику 13 марта 1929 г., в 18 час., с болями в животе, начавшимися в 11 час. Анамнез собрать не удалось, так как больная не понимала русского языка. Удалось лишь выяснить, что она рожала 7 раз, что рожала правильно и что у нее в живых 1 ребенок. При прошлой беременности болело все тело. Других анамнестических данных нет.

При поступлении: перед нами смуглая южанка, правильного телосложения, роста ниже среднего, резко ослабленного питания. Ходит с трудом, походка развалистая, жалуется на боли в животе, в спине, по всему позвоночнику, в ребрах, в тазу, в бедрах. Кожа коричневая, очень дряблая, но не атрофичная, подкожный жировой слой очень слабо развит. Волосистость на голове и туловище нормальная. Суставы рук и ног без изменений. Лордоз поясничной части позвоночника. Резкая болезненность остистых отростков нижних грудных и поясничных позвонков, реберных дуг и симфиза. Последний выстоит вперед клювом. Щитовидная железа не увеличена. Со стороны черепно-мозговых нервов изменений нет. Аннзкория: $s > d$.

Сухожильные рефлексы на верхних конечностях нормальны, на нижних конечностях ахилловы и коленные резко повышены. Клонусов нет. Значительная атрофия мышц бедер, отчасти голени, справа больше, чем слева. Болевая чувствительность повышена, начиная с d. 11—12 книзу; слева больше, чем справа

Походка утиная, очень затруднена, больная переваливается с одной ноги на другую; при ходьбе получается резкое вдавление в месте нахождения бедренных головок, справа больше. В стоячем положении таз как бы приподнят кзади и кверху. Нижние конечности в положении genu valgum.

Живот увеличен соответственно доношенной беременности, окружность его 97 см, кожа почти черная, пупок резко выпячен. Дно матки на 3 пальца ниже меча, высота его над лоном 34 см; в дне — ягодицы, мелкие части слева, спинка справа, в большом тазу баллотирует головка. Сердечные тоны справа на уровне пупка (136 в минуту). Матка в состоянии постоянного сокращения.

Таз деформирован: симфиз клювовидный, подвздошные крылья уплощены, крестец вдавлен кпереди.

Размеры таза: dist. spin. — 23 см; dist. crist. — 26 см; dist. troch. — 27 см; conj. ext. — 17,5 см.

Может ли быть сомнение в диагнозе „остеомалация?“ Вся клиническая картина настолько характерна, что внимательный исследователь не может не поставить правильного диагноза. Ниже мы увидим, что в случаях менее резко выраженных распознавание далеко не легко.

Насколько в экзакзитарных случаях ясна картина, настолько сущность болезни темна.

Известно, что при остеомалации заболевает преимущественно костная система, именно кости вполне развитые, кости взрослого человека. Происходит исчезновение извести в костях, начиная с костномозговых полостей и гаверсовых каналовцев. Кость размягчается изнутри кнаружи, в тягчайших случаях декальцинация достигает надкостницы. Кости становятся податливыми, гибкими, липкими (в тяжелых случаях легко сгибаемыми, как воск, osteomalacia cerea).

Имеется некоторое сходство с рахитом; происходит процесс, известный под названием trypsis, но кардинальная разница в том, что при рахите кость первоначально мягкая и лишь впоследствии становится твердой, при остеомалации твердая кость вследствие заболевания размягчается. Это размягчение происходит главным образом в костях таза и позвоночника, распространяясь впоследствии на грудную клетку и конечности. Кости черепа никогда не размягчаются.

Остеомалация — болезнь редкая. В Казанской клинике В. С. Груздева за 11 лет было 16 случаев. У нас в Ленинграде остеомалация крайне редка. Я видел всего два случая у рожениц. Не подлежит сомнению, что остеомалация — болезнь эндемическая. Существуют области, где она встречается часто: Нижний Рейн, окрестности Базеля, восточная Фландрия, Ломбардия, долина реки По, остров Шютт на Дунае, у нас в Союзе: среднее Поволжье и Закавказье. Эту эндемичность пытались объяснить недостаточным содержанием в почве и воде извести, сыростью местности и пр. Несомненно, большое значение имеет национальность. У нас в Союзе наибольшее предрасположение к остеомалации проявляют татарки. Из 16 больных Груздева 15 были татарки, 1 русская (Ключевский). Из 6 больных Мокина 3 были татарки. В материале Скробанского остеомалация имела место у русских 14 раз, у татарок 13 раз, у армянок 9 раз, у грузинок 3 раза.

В. С. Груздев обращает внимание на социальное положение больных остеомалацией. „Почти все они принадлежат к беднейшим слоям городского населения. Среди их нет ни состоятельных горожанок, ни живущих в деревне крестьянок“. Повидимому, условия быта играют существенную роль в этиологии остеомалации. Лабораторные исследования Павлова на собаках говорят также за важную роль жизненных условий в происхождении остеомалации.

Хотя в исключительных случаях остеомалация наблюдалась и у мужчин, все же эта болезнь поражает главным образом женщин и преимущественно в периоде деторождения. Первые проявления заболевания появляются во время беременности (почти никогда при первой, обычно при позднейших). Беременность не только располагает к возникновению болезни, но и усиливает проявления существовавшего уже до нее заболевания. Ухудшающим моментом являются также родовые травмы и длительная лактация.

Все это с несомненностью указывает на связь между остеомалацией и деятельностью полового аппарата. Существование такого взаимоотношения получило блестящее подтверждение в открытом Fehling'ом (1887) благотворном влиянии на остеомалацию кастрации. Сам Fehling считал остеомалацию результатом исходящих из яичников патологических нервных раздражений, нарушающих рост костей. В настоящее время авторы склонны видеть генез остео-

маляции в нарушении равновесия внутрисекреторной деятельности эндокринных желез. Щитовидная железа, гипофиз, эпителиальные тельца способствуют росту и развитию костной ткани, яичник их тормозит. После удаления яичников при остеомаляции эндокринные железы, способствующие росту костной ткани, получают перевес, и отложение известковых солей увеличивается. На увеличение щитовидной железы (зоб, гипертиреоз) и паразитовидных тел при остеомаляции следует смотреть как на явление компенсаторное. С этой точки зрения остеомаляция не есть болезнь одного какого-либо органа, а есть результат нарушения равновесия в функциях нескольких эндокринных желез; с этой точки зрения остеомаляция — плуригландулярная болезнь (*Latzko*). Гипотезы инфекционного происхождения остеомаляции подтверждения не получили [бактерии нитрификации почвы (*Виноградский*), диплококки, найденные в костях больных].

В последнее время некоторые авторы смотрят на остеомаляцию как на авитаминоз. По *Perez Velasco* (Мадрид—1929), в основе остеомаляции, как и рахита, лежит недостача витамина Д. *Krasso* (Вена—1929) предлагает поэтому давать при остеомаляции шоколад, освещенный горным солнцем.

Стремления открыть тайну остеомаляции увенчались успехом лишь отчасти; до сих пор болезнь остается загадочной, все же не подлежит сомнению, что путь, по которому идет мысль исследователей, правилен.

Я уже сказал, что процессы, совершающиеся в костях при остеомаляции, сходны с таковыми при рахите. Даже микроскопически кости при обоих заболеваниях могут давать идентичные картины. Химические исследования обнаружили обеднение костей минеральными веществами вообще и фосфорнокислым кальцием в частности. Эту декальцинацию костей объясняли действием то кислот (в частности молочной), то ферментов, действующих растворяюще на кости. Кальциевое равновесие нарушается, расход солей кальция значительно превышает приход их. Количество кальция, выводимого с калом, резко повышено (*Ключевский*), вводимый с пищей кальций не задерживается в организме, а выводится.

Клинически остеомаляция развивается обычно у беременной женщины медленно и постепенно. Начальные симптомы сводятся к „ревматическим“ тянущим болям в крестце, спине, в тазу и ногах, больная жалуется на чувство тяжести в нижних конечностях, в тазу. Нарушается походка, она становится затрудненной, неуверенной, развалистой, утиной (поражение сгибающих и приводящих мышц бедер). Иногда больная волочит одну ногу. В тяжелых случаях больная совсем теряет способность ходить. Постепенно больная начинает замечать, что она становится меньше ростом, платье становится длиннее. После родов и по прекращении лактации явления остеомаляции стихают, наступает временное улучшение. При следующей беременности симптомы болезни опять нарастают, особенно прогрессирует заболевание во время кормления грудью. Таким образом болезнь продолжается многие годы, постепенно превращая больную в беспомощного инвалида.

В начальных стадиях болезни диагностика нелегка. Она базируется, помимо анамнеза, на данных исследования мышечной системы и скелета. Находят атрофические изменения мышц нижних конечностей. В нашем случае атрофичны были ягодичные мышцы. Ненормальная походка заставляет обратить внимание на атрофические явления *m. ileopsoatis*, бедренных мышц. Сухожильные рефлексы повышены, повышена также механическая и гальваническая возбудимость мышц (субтетаническое и тетаническое состояние). *Stöckel* обращает внимание на спастическое состояние приводящих мышц бедер; характерно-пружинящее сопротивление бедер при вагинальном исследовании (рис. 313).

В стоячем положении туловище наклонено кпереди (парез поясничных мышц). Поясничная часть позвоночника лордотически искривлена. Особенно характерно уменьшение размера вертелов (*dist. troch.*). По *Груздеву* этот признак позволяет сразу распознать болезнь, „если только анамнез (сведения о ходе первых родов) делает несомненным, что до начала болезни таз был нормальным“ и исключить спавшийся рахитический ложно остеомалятический таз. При исследовании таза не трудно обнаружить клювовидное выстояние симфиза, смещение



Рис. 313. Контрактура приводящих мышц при остеомалиции (по *Stöckel*'ю).

его вверх. Характерно сужение лонной дуги; ветви ее настолько сближены, что введение пальца во влагалище может оказаться невозможным. Над лоном расположена глубокая поперечно-идущая борозда. Изменения таза объясняются давлением, которое испытывает его размягчение кости со стороны позвоночника и бедер. Мыс проваливается глубоко в таз, боковые стенки таза вдаются в тазовую полость (рис. 314). Тазовой вход принимает форму, «карточного сердца». В дальнейших стадиях болезни размягчение костей настолько велико, что вследствие продолжительного лежания и сидения, крестец с копчиком внедряются в таз, седалищные бугры сближаются. Таз максимально спадается (рис. 315). В тягчайших случаях таз бесформенный, вход его представляет неправильную щель, кости мягкие, тонкие, легкие, растяжимые, как каучук (*Stöckel*). В подобных случаях и кости туловища обезображиваются. Во что может превратиться скелет туловища, видно на рис. взятом у *Stöckel*'я (рис. 316).



Рис. 314. Остеомалитический таз (легкая степень).



Рис. 315. Спавшийся остеомалитический таз.

В выраженных случаях больные впадают в жалкое существование; всякое движение вызывает боли, надавливание на кости (особенно лонное и грудину) резко болезненно.

Какова терапия остеомалиции беременных?

Хорошей славой пользуется фосфор (*Latzko*). В этом сходятся все авторы. Рекомендуют большие дозы и продолжают лечение в течение многих месяцев. Фосфор назначается обычно вместе с рыбьим жиром (*phosphori puri 0,05—0,1 ol. jecoris aselli 100,0* по чайной ложке в день). По *Груздеву*, лечение фосфором можно продолжать годами. Фосфор ведет к значительной задержке извести в организме (*Ключевский*). Назначение извести бесполезно. Благоприятное действие оказывает железо наряду с изменением бытовых условий и усиленным питанием.

Вполне естественно, что за последнее время предложено лечение остеомалиции препаратами желез внутренней секреции. Был предложен адреналин (супраренин) по 0,5 см³ раствора 1:1000 1—2 раза в день под кожу, препараты гипофиза (питуитрин, питугландоль), пересадка



Рис. 316. Спавшийся ко-
стляк при остеомалиции
(тягчайшая степень).

вилочковой железы (thymus). Наряду с сообщениями об успешных случаях, имеются сообщения о полном неуспехе. Я уже говорил, что терапия остеомаляции стала на новые рельсы с тех пор как *Fehling* ввел в нее кастрацию. Кастрация производилась многими авторами при операции кесарского сечения в родах, всегда с благоприятным влиянием на ход болезни. Первый сделал кастрацию в ранней стадии беременности *Felsenreich* 1894. *Cristojoletti* (1912) сообщает о тяжелом случае остеомаляции, в котором он на 4-м месяце беременности удалил оба яичника. Беременность продолжалась, в конце 7-го месяца наступили преждевременные роды живым плодом. Явления остеомаляции стали убывать вслед за кастрацией, полное же выздоровление наступило лишь после родов. На небеременных предложено производить кастрацию без операции, с помощью лучей Рентгена.

В начальных стадиях остеомаляции роды могут завершиться спонтанно. При более значительных степенях болезни роды также сверх ожидания могут закончиться самопроизвольно: дело в том, что размягченные, гнущиеся кости могут уступить давлению головки, тазовое кольцо раздается и становится проходным (каучуковый таз). Рассчитывать на это, конечно, не следует. Часто деформация таза создает абсолютное показание к кесарскому сечению. Я уже говорил, что во время брюшностеночного кесарского сечения полезно удалить оба яичника с лечебной целью. Существует предложение родоразрешать остеомалютки путем операции Рого.

Взглянем теперь в свете изложенного на наш случай. Многорожавшая с тяжкими явлениями остеомаляции беременна на сносях. За несколько дней пребывания в клинике были произведены обычные клинические анализы (мочи, крови), определено количество кальция в крови (0,013%), сделана рентгенограмма, назначен антиоварин (по 1 табл. 4 раза в день).

Никакого улучшения не наступило. Больная лежала на койке, с трудом пыталась ходить, опираясь на палку; боли в конечностях и в тазу не прекращались. Особенно беспокоили большую боль в животе (не схваткообразные, постоянные). Ректальное исследование обнаружило те же характерные изменения таза, которые найдены у первой больной.

Что же делать?

1. Беременность доношенная. Состояние больной тяжелое. Показана операция Рого с удалением яичников.

2. Показано кесарское сечение с двусторонней кастрацией.

Нужно ли выжидать? Можем ли мы рассчитывать на улучшение в ближайшее время, еще до родов? Нет, мы вправе только ожидать ухудшения состояния больной. Сперва родоразрешить, а потом уже будем лечить! При тяжести общего состояния, при наличии такой деформации таза — брюшностеночное кесарское сечение напрашивается само собой. Вы и предлагаете кесарское сечение, притом в различных модификациях — либо в виде операции Рого, с обязательным удалением яичников, либо в виде обычного корпорального сечения опять-таки с одновременной кастрацией. Можно сделать кесарское сечение со стерилизацией и кастрировать впоследствии лучами Рентгена.

Мы приступили к операции.

Под общим смешанным наркозом после обычной подготовки живота: послонный разрез брюшной стенки от пупка до лобка, вскрыта брюшная полость. В рану вставились нижний сегмент матки и переходная складка. По введении в брюшную полость брюшного зеркала и двух полотенец дугообразно рассечена брюшина повыше переходной складки, брюшиннопузырный доскут отсепарован книзу, мышечная стенка матки рассечена по средней линии на протяжении 10—12 см, плодные оболочки разорваны, головка легко выведена рукой, извлечен плод мужского пола, сразу закричавший. Младенец отделен, послед извлечен, полость матки протерта спиртом. Кровотечение небольшое. Мышечная рана зашита рядом узловых кэтгутовых швов и поверх них непрерывным кэтгутовым швом. Миометрий прикрыт брюшиннопузырным доскутом, разрез периметрия зашит непрерывным кэтгутовым швом. В толщу матки впрыснут 1 см³ эрготина. Сократившаяся матка выведена. Осмотрены придатки. Яичники оказались необычно малых размеров, атрофичными, в виде небольших утолщенных тяжей, оставлены. Произведена двусторонняя двойная перевязка труб по Madlenerу. Брюшная полость обсушена, матка погружена, извлечены полотенца и зеркало. Брюшная рана зашита обычном образом послонно. Коллоидный повязка.

Младенец — мальчик, весом 3470 г, длиною 52 см.

Операцию больная перенесла хорошо. Кровотечение незначительно, назначен лед на живот-эрготин под кожу на ночь.

Течение послеоперационного периода почти гладкое. Незначительные явления бронхита (однократное повышение t° до 38,2 $^{\circ}$) скоро прошли. Пульс колебался от 109 до 74. На 7-й день сняты швы. Первичное натяжение. Боли в костях быстро уменьшались. Начиная с 9-го дня назначен антиоварин по 4 табл. в день. С 14-го дня ежедневно подкожные впрыскивания адреналина (1:1000). После 7 уколов появились головные боли и ознобы (при нормальной температуре). Впрыскивания прекращены.

На 18-й день больная встала.

На 19-й день сделан первый сеанс рентгенотерапии, на 21-й день второй сеанс.

На 20-й день больная начала ходить. Ходит без палки, все же походка неуверенная, боли незначительные. На 23-й день выписалась с ребенком, в удовлетворительном состоянии.

Итак, мы родоразрешили больную кесарским сечением, конечно, интраперитонеальным ретровезикальным. Предположенную кастрацию мы не произвели, увидя атрофичные яичники. Во время операции явилась мысль не удалять яичники, а кастрировать родильницу лучами Рентгена. Стерилизацию мы сочли обязательной. В дальнейшем боли в ногах и в тазу исчезли. Больная ходит свободно, без палки. Деформация таза осталась. Поступили ли мы правильно? Полагаю, что да. Конечно, с тем же успехом можно было бы просто удалить яичники. Чему приписать успех лечения? Родоразрешению, антиоварину, адреналину или рентгену? Можно предположить, что субъективным излечением больная обязана родоразрешению и рентгенотерапии. Антиоварин (*Левзнер*) мы всегда с успехом применяли при гиперфункции яичников, при предклимактерических кровотечениях. При остеомалации мы его применяем впервые. Никаких выводов не делаем.

Интерес случая: 1) 37-летняя многорожавшая, русская, поступает в родах, с отошедшими водами, с мертвым плодом. Распознается остеомалация. Деформация таза настолько велика, что показания к кесарскому сечению признаны абсолютными. Произведено классическое кесарское сечение со стерилизацией. Допущена ошибка: не была сделана кастрация. 2) 32-летняя многорожавшая гречанка с тяжелыми явлениями остеомалации поступает в конце беременности. Сильные боли в костях, в тазу, в мышцах живота и бедер. Деформация таза типическая. Решено произвести кесарское сечение: яичники оказались атрофическими, в виде небольших уплощенных тяжей; яичники оставлены. Произведена стерилизация по Madlener'у. В послеоперационном периоде лечение антиоварином, адреналином. 2 сеанса рентгена на 19-й и 21-й день после операции. Субъективное выздоровление. Плод живой — 3450 г.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Врач в своей повседневной работе в области практического родовспоможения убеждается в том, что родовой процесс, физиологически завершающий вынашивание внутриутробного плода, далеко не всегда протекает физиологически, что весьма часто родовой акт осложняется различными патологическими процессами, нередко угрожающими здоровью и жизни матери и могущими привести к гибели плода.

Среди многообразной акушерской патологии выделяются аномалии строения таза, как особо грозное осложнение родов. „Узкий таз“ господствует над патологией родов.

Понятно поэтому, что „узкий таз“ заслуживает особенного внимания со стороны врача-акушера и, вступая на путь практического родовспоможения, врач-акушер должен хорошо знать главного врага нормальных родов, главного виновника дистокии, изучать его неутомимо и учиться его побеждать. Но несмотря на огромные достижения акушерства за последние несколько десятилетий, достижения, связанные с успехами асептики, диагностики, прогностики и оперативного акушерства, мы еще далеки от победы над узким тазом. Несмотря на успехи „хирургического направления“ в акушерстве, на снижение смертности матерей и детей до неслыханного до сего времени уровня, все же мы не можем и не должны удовлетворяться достигнутым. Идеал акушерства—

„живая и здоровая мать, живой и здоровый ребенок“—остается и по настоящее время *pium desiderium*.

„Акушерство, как наука в целом, не может почить на лаврах достигнутого—оно неуклонно стремится вперед. Это не только его право, но и обязанность“ (*Пальмов*).

Теперь уже вполне ясно, что это стремление вперед должно идти не по пути изобретения новых методов операций или усовершенствований техники старых, — прогресс обещает профилактика, в самом широком смысле этого слова. „Будущее принадлежит медицине предохранительной“, говорил *И. Пирогов*, — и под этим лозунгом, лозунгом профилактики, должна эстись борьба с „узким тазом“. Многообразна этиология „узкого таза“, далеко еще не выяснены все врожденные и приобретенные моменты, ведущие к аномальной структуре таза. Но кое-что известно: рахит — болезнь раннего детства, несомненный виновник большинства узких тазов, костный туберкулез, влекущий за собою поперечное сужение таза горбатых, косое сужение коккалгического таза, остеомалация, дающая спавшийся остеомалатический таз, травматизм, хотя и редко, деформирующий костный таз — таковы наиболее известные причины „узкого таза“. Менее выяснены конституциональные моменты, внутрисекреторные влияния. Хотя и тут замечается некоторое прояснение горизонтов. Наука о конституции человека, наука о внутренней секреции обещает человечеству новые данные, которые сможет использовать акушерство.

Влияние промышленного труда на структуру таза почти вовсе не обследовано. *Max Hirsch* видит в физическом труде в молодом возрасте один из этиологических моментов узкого таза, отмечая наибольшую частоту его у горнорабочих и работниц металлургической промышленности. Но этого единичного указания недостаточно, — этот вопрос требует разработки на большом материале.

Осуществление принципов советского здравоохранения, борьба за снижение заболеваемости путем улучшения производственных и бытовых условий трудящихся, широкого санитарного просвещения масс и проведения в жизнь мероприятий, выработанных на основе изучения условий возникновения заболеваний, ведет к действительному оздоровлению населения СССР и создает прочную базу для профилактики заболеваний женщин.

В частности, в деле профилактики узкого таза большое значение имеют: рациональное питание грудных детей, гигиена воспитания, профилактика и терапия рахита, охрана труда подростков, здоровая физкультура в школьном возрасте и в период полового созревания, планомерная борьба с туберкулезом — особенно с костным туберкулезом, снижение травматизма на производстве и в сельском хозяйстве.

Огромное значение в борьбе за здоровье женщин имеет деятельность учреждений охраны материнства и младенчества. В системе здравоохранения СССР охрана материнства и младенчества занимает виднейшее место. Городскому населению цели консультации для беременных и матерей становятся все более ясны. Оно прибегает к ним не только для получения декретного предродового отпуска, все более и более проникаясь их профилактическим значением и принимая участие в работе Охматмлада.

В консультации беременных производится обследование беременной не только с точки зрения выявления ее конституциональных особенностей, состояния почек, сердечно-сосудистой системы, венеризма, но и выявления деформаций костной системы вообще и особенностей таза в частности. Общепринятая пельвиметрия дает ориентировочные данные, позволяет отсеять женщин-носительниц суженного таза, чему помогает выяснение акушерского анамнеза. Этих женщин, всех без исключения, следует направлять для родоразрешения в крупные больницы, родильные дома и клиники.

Достижения этой профилактической работы станут особенно значительны тогда, когда сеть пунктов охраны материнства и младенчества охватит не только более или менее крупные центры, а всю поверхность Союза, когда этой сетью будут обслуживаться все беременные женщины страны при обязательном условии широкой санитарно-просветительной работы среди них. При таких условиях

все носительницы узкого таза будут выявлены уже во время беременности. Может быть, рационально будет тут же, в консультациях, заблаговременно измерять диагональную конъюгату, но ни в коем случае не позднее месяца до предполагаемого срока родов и непременно при соблюдении правил асептики рукой квалифицированного врача. Назначение беременным диеты (ограничение питья и углеводов) можно также при случае рекомендовать, хотя гигантский опыт военного и послевоенного времени поколебал уверенность в возможности путем диеты влиять на вес и упитанность утробного плода.

Для врача-акушера должно стать аксиомой, что „роды при узком тазе“ принадлежат лечебному учреждению. Но пока еще далеко не каждое населенное место, будь то город или село, имеет свое родовспомогательное учреждение и высококвалифицированного врача-акушера. Пока еще далеко не каждая роженица в случае появления показания к оперативному вмешательству может быть доставлена в кратчайший срок автомобилем в близлежащее лечебное учреждение, должным образом оборудованное. Вследствие всего этого в настоящее время получается двойственность в родовспоможении и двойственное практическое акушерство.

В одних условиях стоит акушерство в крупных центрах, где имеются клиники и большие больницы, хорошо оборудованные, имеющие прекрасные операционные и штат квалифицированных врачей. Здесь студенты знакомятся с акушерством, получают первые навыки по родовспоможению и учатся диагностике, прогностике и терапии родов. Они углубляют свои практические познания на производственной практике и в дальнейшем, уже получив звание врача, совершенствуются в качестве интернов и экстернов. Здесь и оперативное акушерство имеет свой облик.

Другие условия имеются на участке, в крестьянской избе, в частном доме, в селе, местечке, маленьком городе. Тут и обстановка ничего общего не имеет с обстановкой больницы и операционная своеобразная. Здесь и оперативное акушерство совсем другое. И не удивительно, что врач на первых порах своей практической деятельности становится втупик и встречает величайшие затруднения при постановке показаний и при практическом выполнении мер и вмешательств, которые он считает показанными и которым его обучали в клинике.

Как часто молодой врач в трудную минуту приходит в отчаяние: он готов бросить упрек своим учителям в том, что его учили не тому, что ему нужно, и не так, как ему нужно.

Велика ответственность учителей акушерства, и как трудно тут найти правильный путь и дать правильную установку преподаванию. И все же, как ни велика разница между акушерством клиник и больниц с их оборудованием, операционными, с их кесарскими сечениями, пубиотомиями, и родовспоможением на селе, где обстановка родов подчас трудно поддается описанию, и где среди родоразрешающих операций при узком тазе преобладает краниотомия, все же нам нужно установить общие для всех принципы ведения родов при узком тазе. На указанную же двойственность родовспоможения следует смотреть как на явление временное; она будет изжита в процессе культурного строительства.

Что делать в конкретном случае родов при узком тазе?

В общем и целом образ действий врача у постели роженицы должен быть наблюдательно-экспектативным как в клинике, так и на участке. Направление, получившее в последнее время распространение в некоторых акушерских школах и возглавляемое *Hirsch*'ем, *Doerfler*'ом и другими, — при малейшей дистокии, при малейшем затруднении прибегать к родоразрешению через живот, должно быть осуждено.

Кесарское сечение при малейшем отклонении от правильного течения родов, кесарское сечение при всех аномалиях положения вставления или механизма родов, при всяком удлинении периода изгнания, кесарское сечение как преобладающая операция при всех степенях сужения таза, при нормальной температуре и при высокой температуре, замена кесарским сечением всех мероприятий и вмешательств при узком тазе, всех вагинальных методов родо-

разрешения! Кесарское сечение как мера, решающая все задачи узкого таза, всю великую проблему ведения родов при узком тазе! Эта ориентация в акушерстве заслуживает того, чтобы все учителя акушерства, все как один восстали против нее и объявили ей беспощадную войну. Чрезмерное увлечение кесарским сечением должно быть осуждено, как путь, практически ведущий к упразднению научного акушерства, к ликвидации акушерского наблюдения, акушерской диагностики и прогностики.

„Увлечение хирургическим направлением привело к тому, что начинающий акушер часто компенсирует свое незнание акушерства умением произвести кесарское сечение“ (*Zangemeisier*). *Колосов, Архангельский* также порицают чрезмерный активизм: „Какой бы техникой ни обладал акушер, все же природу следует считать лучшим акушером“ (*Архангельский*).

Но этого мало.

Увлечение кесарским сечением вредно потому, что оно в настоящее время, увеличивая правда процент живорождений, ведет к повышению смертности матерей, что доказано огромными статистическими цифрами, оно вредно потому, что кесарское сечение есть и останется операцией далеко не безопасной, дающей смертность матерей от 2 до 6%, дающей ряд тяжелых отдаленных последствий, явно понижающей детородную функцию женщин, явно отпугивающей их от деторождения и не всегда спасающей ребенка. Это увлечение явилось реакцией на крайне выжидательное направление в ведении родов при узком тазе с его высокой детской и немалой материнской смертностью, как протест против перфорации живого плода.

Период увлечения кесарским сечением пройдет так же, как прошли другие нездоровые направления в акушерстве и будет найден правильный путь.

Какие существовали и существуют направления в терапии родов при узком тазе?

На точке зрения крайнего консерватизма стояло направление, которое можно назвать крайне-выжидательным методом. Сторонники этого направления ведут (вернее вели) роды при узком тазе абсолютно консервативно. Результаты такого направления были, конечно, крайне неудовлетворительны. Заключительным актом родов часто являлась перфорация плода или высокие щипцы с их высокой смертностью для детей, а также для матерей, и с их разнообразными повреждениями и тяжелыми отдаленными последствиями.

Понятно, что крайне-выжидательный метод не мог удовлетворить никого, но его историческая заслуга в том, что он научил наблюдать, научил исследовать и улавливать все детали механизма родов и многочисленные осложнения периода изгнания.

Теперь мы знаем, что операция высоких щипцов не должна быть конечным результатом ведения родов при узком тазе. И если она пока еще не может быть вычеркнута из списка акушерских операций, то она должна найти свое применение в редких случаях, как неизбежное зло, как *operatio necessitatis*. Перфорация плода, общепризнанная для мертвого плода, должна внушать отвращение при производстве ее на плоде живом. И отрицательное отношение к ней, как операции, не соответствующей основному заданию акушерства (живая мать — живой плод), и заставило искать новых путей, новых направлений.

„Профилактическое направление“, основоположниками которого являются *Simpson* и *K. Schröder*, стремилось обойти трудности изгнания предлежащей головки тем, что превращало головку в последующую. Было введено принципиальное применение „профилактического поворота“, при узком тазе. Но „профилактический поворот“, давая меньшую смертность и заболеваемость матерей, оказался для плодов операцией губительной. В понятие „профилактического направления“ входит и широкое применение искусственных преждевременных родов за 4—5 недель до срока.

Это вмешательство также не могло удовлетворить современным требованиям, потому что, давая ничтожную материнскую смертность, оно давало огромный процент мертворождений и высокую последующую смертность недоносков. Вследствие всего этого на этих двух направлениях — „крайне-выжидательном“ и „профилактическом“ — акушерская мысль не могла остановиться. Недопустимо

высокий процент смертности детей или матерей или обоих вместе заставили искать новых путей.

Появилось активное направление ведения родов при узком тазе. За плодом признано безоговорочное „право на жизнь“. Ценность жизни плода признана одними равной жизни матери, другими, хотя и уступающей материнской, но все же огромной. Возникли новые операции — тазорасширяющие, стремящиеся устранить препятствие, создаваемое костным тазом изгнанию плода. С другой стороны, окрепло стремление вовсе обходить тазовое кольцо и родоразрешать через живот. Относительные показания к кесарскому сечению все более и более ширились, чему способствовала доведенная до совершенства методика и техника операции и достижения асептики.

Вступило в права хирургическое направление в акушерстве, „хирургическая эра“.

Много крупнейших представителей акушерства пришли к полному отрицанию не только перфорации живого плода, но и профилактических операций и операции высоких щипцов. Все эти операции должны быть раз навсегда заменены операциями чисто хирургическими. Открылись заманчивые перспективы снизить родовую смертность матерей и мертворождаемость до минимума. Необозримые по количеству статистики из родильных учреждений всего мира оповестили и продолжают оповещать о своих достижениях — но и по настоящее время за бесконечными рядами сухих цифр стоят многочисленные смерти женщин чадородного возраста, остается неизжитым великий процент смертности. Свое завершение хирургическое направление нашло в упомянутой выше „новой ориентации“ в акушерстве. Предание забвению всех акушерских операций, кроме кесарского сечения, замена всех способов родоразрешения через естественные родовые пути, так называемых „старых методов“, родоразрешением через живот — вот основа новейшего направления, которое мы выше уже осудили.

Пройден путь от максимального, крайнего выжидания до крайнего активизма, от предельного консерватизма с заключительной перфорацией живого плода до „новой ориентации“ с порабощением всего родовспоможения операцией кесарского сечения в его различных видах.

Где же правильный путь? Если „право на жизнь“ плода неоспоримо, то и „право на жизнь и здоровье“ есть неотъемлемое право роженицы-матери. Мы должны высоко ценить жизнь плода и всемерно стремиться к сохранению ее, но ни в коем случае не в ущерб здоровью и жизни матери. Равноценность этих двух жизней лишь теоретическая, практически жизнь матери неоспоримо более ценна, чем жизнь ее внутриутробного плода. Для нас на первом месте должны стать жизнь и здоровье женщины-матери, на втором — жизнь плода.

Где же правильный путь?

Пока нет победы над узким тазом, как таковым, врач-акушер в каждом конкретном случае родов при узком тазе должен иметь ту или иную принципиальную установку, выработать свою линию поведения, и эта линия поведения будет за редкими исключениями наблюдательно-экспектативная. Конечно в случаях абсолютного сужения, при истинной конъюгате в 6 — 6,5 см, когда рождение через естественные родовые пути зрелого плода, даже уменьшенного в размерах, невозможно, в случаях истинной конъюгаты до 7,5 см, когда также рождение плода через тазовое кольцо практически должно считаться невозможным, при спавшихся рахитических и остеомалятических тазах, при тазах, абсолютно суженных опухолями — вопрос о ведении родов решается просто. Тут абсолютно показано кесарское сечение, тут не должно быть места выжиданию — кесарское сечение должно быть произведено в начале родового акта, при наилучших условиях, при целом пузыре. Во всех остальных случаях открывается поле для индивидуализирующего наблюдательного ведения родов.

Не следует забывать, что огромный процент родов при суженном тазе заканчивается спонтанно. В таком случае результаты наилучшие. Никогда искусство не может дать таких благих успехов, какие дает природа. Это относится особенно к случаям незначительного сужения таза с истинной конъюгатой в 9 см и выше. А потому, необходимо наблюдать за работой сил организма. Но это наблюдение не должно быть пассивным. Оно сопряжено с детальным исследо-

ванием таза, с исследованием объекта родов — плода, его величины, положения, членорасположения, предлежания; должны быть выявлены величины головки, плотность ее, способность к конфигурации, механизм вставления, взаимоотношение между тазом и головкой, степень их несоответствия, должны быть учтены и прочие родовые факторы, как сила и эффективность родовых сил, функциональное достоинство плодного пузыря и пр.

Выявление всего этого требует умелого исследования, и это исследование должно быть для роженицы безвредным, не теряя ничего в своей точности.

На первом месте стоят пельвиметрия и наружное исследование. Тщательное измерение наружных размеров таза обязательно. Как ни относительно значение цифровых данных наружной пельвиметрии, ее необходимо широко применять, потому что она дает основные ориентировочные сведения для суждения о структуре таза. Наружная конъюгата Baudelocque'a, боковая конъюгата Кӧпнер'a, разница между размерами остей и гребней, поперечный размер выхода, измерение ромба Michaelis'a (размеры Litzmann'a и Tridondani), окружность таза — все это в совокупности своей ценные данные. Исследование ромба Michaelis'a дает ценнейшие сведения о характере таза.

Наружное исследование выявляет положение плода, его позицию. Наружная пальпация предлежащей части дает указания, что предлежит, где предлежит, как предлежит. Подвижность или неподвижность головки, величину ее (по Ahlfeld'y), высоту ее стояния (над входом, прижата ко входу, малым, большим сегментом во входе, в широкой части полости, целиком в тазу), ее членорасположение, т. е. степень сгибания или разгибания и ее поворот вокруг вертикальной оси (по подбородку), степень несоответствия между ней и тазовым входом (признак Henkel-Вастена, Kopfbeckenmass Zangemeister'a), — все это при известном опыте можно выяснить наружным исследованием. Измерение плодного овоида по Ahlfeld'y дает представление о длине плода. Наблюдение за сердечными тонами и движениями плода выясняет его состояние и позволяет уловить асфиксию и смерть плода. Некоторые авторы полагают даже, что большую часть родов можно вести без внутреннего исследования, руководствуясь исключительно исследованием наружным. Все же внутреннее исследование следует считать обязательным.

Какое внутреннее исследование предпочесть: вагинальное или ректальное?

Что бы ни говорили противники ректального исследования, оно ценно. Оно позволяет определить состояние шейки, степень открытия и характер краев зева, наличие или отсутствие плодного пузыря, оценку количества передних вод, высоту стояния предлежащей части, характер ее и некоторые ее детали. Оно допускает полное обследование полости таза, его стенок, крестца, копчика, симфиза, за исключением измерения наклонной конъюгаты. Врач-акушер должен уметь исследовать ректально. Это позволит ему в течение родового акта многократно исследовать роженицу без ущерба для матери. Вред ректального исследования, отмеченный некоторыми авторами, безусловно преувеличен. Конечно, ректально исследовать будет врач, в распоряжении которого имеются перчатки или по меньшей мере доброкачественные напальчники.

Вагинальное исследование — также метод необходимый. Оно точнее ректального, а потому и более ценно. Оно одно дает возможность измерить наклонную конъюгату и выяснить все малейшие детали вставления и механизма его. Но оно таит в себе опасность инфекции родового канала, и если панический страх перед вагинальным исследованием в больничной обстановке часто преувеличен, то все же никто не будет отрицать, что оно далеко не безразлично. Особенно его следует избегать в случаях, где в перспективе маячит возможность или вероятность кесарского сечения. Мы никогда не откажемся от вагинального исследования, мы его стараемся ограничить насколько возможно не в ущерб полноте исследования и производим его по показаниям, прекрасно сгруппированным R. Schröder'ом (том I, стр. 24—25). Во всех же остальных случаях мы его заменяем исследованием ректальным.

Для второй половины периода изгнания существуют еще „заменяющие“ способы (Piskacek, Schwarzenbach, Гентер), дающие возможность следить за продвижением предлежащей части.

Имея в распоряжении столь многочисленные и разнообразные методы исследования, врач-акушер может и должен дать полную анатомическую и функциональную оценку таза, выявить взаимоотношения между тазом и головкой, оценить по достоинству все родовые факторы и создать себе план ведения родов. Но этот план ни в коей мере не должен быть твердым и непреклонным. Клинически-вдумчивое наблюдение за ходом родов, за механизмом вставления и изгнания, за состоянием матери и плода, позволяют подметить отклонения от нормального течения родов, во-время уловить те или иные явления со стороны матери или плода, которые и побудят врача изменить линию поведения, перестроить намеченный план и нередко предпринять то или иное родоразрешающее вмешательство. Гибкость плана ведения родов является таким образом непременным условием клинически-рационального родовспоможения.

Лишь при вышеуказанных крайних степенях сужения таза, при абсолютном несоответствии между предлежащей частью и тазом производство кесарского сечения является предрешенным. Спасти мать от разрыва матки или сепсиса, дать матери живого ребенка может только родоразрешение через живот, а потому при асептическом состоянии родовых путей показано брюшностеночное кесарское сечение, лучше всего в начале периода раскрытия, т. е. при наличии сократительной деятельности матки и некотором открытии шейки. В явно инфицированных, запущенных случаях врач, работающий в больничной или клинической обстановке, предпримет операцию Porgo или операцию Portes'a; при тазе, допускающем еще родоразрешение через естественные родовые пути, хотя бы уменьшенного в объеме плода (при истинной конъюгате 6,5—7,5 см) — в его распоряжении краниотомия на мертвом или даже на живом плоде.

Подобные случаи встретятся в работе врача-акушера крайне редко. Чаще всего он имеет дело с родами, осложненными сужением таза менее значительным. Тут-то и встанут перед врачом наибольшие трудности в смысле правильного ведения родов. Я уже говорил, что принципиально все роды при узком тазе должны проводиться в больнице, родильном доме или клинике. Лишь в такой обстановке возможны всестороннее исследование, действительное наблюдение и оценка всех родовых факторов.

Врач уже в периоде раскрытия может получить некоторые данные для прогностики. У повторнородящих большое значение имеет акушерский анамнез, т. е. сведения о прежних родах.

Выше я уже указал на пельвиметрию, оттенил значение между размерами остей и гребней обоих наружных конъюгат, ромба Michaelis'a; все это уточняет диагноз суженного таза. Но будет ли суженный таз в конкретном случае для данных родов узким — покажет наблюдение за ходом родов. Взяв курс на наблюдательно-экспектативное ведение родов, врач в течение первого периода родов знакомится с величиною и плотностью головки, с состоянием плодного пузыря, с силой и эффективностью родовых болей. Он не есть бездеятельный зритель совершающейся „биологической катастрофы“, он не только наблюдает, он помогает, и в его распоряжении много способов и приемов, направленных к завершению родового процесса. Конечно, всякое вмешательство должно иметь свои показания; всякое действие врача должно быть обосновано.

Врач должен заботиться о сохранении плодного пузыря до полного открытия зева. В целях профилактики преждевременного отхождения вод врач уложит роженицу в постель с самого начала периода раскрытия; при слишком сильных болях в положении на боку, при появлении ложных потуг врач запретит роженице тужиться. Упорная первичная слабость родовых болей может побудить врача назначить теплую ванну, мелкие дозы хинина; препаратов гипофиза при узком тазе следует избегать. Полезны также очистительные клизмы, опорожнение мочевого пузыря.

В периоде изгнания врач должен усугубить внимание. Анатомическая оценка таза уже сделана, теперь предстоит оценить его с точки зрения функциональной. Помимо зоркого наблюдения за состоянием матери и плода, тут требуется наблюдение за вставлением головки. Если головка вскоре центрируется в тазовом входе, вступит в таз, то наружное исследование укажет, что часть головки уже не может быть ощупана снаружи, что передняя ее пери-

ферия не нависает над симфизом, не выстоит над его площадью — признак Henkel-Вастена отрицательный. Ректальное исследование в это время укажет, что механизм вставления правильный. Положительное вдавление головки по P. Müller'у с контролем per rectum укрепит предположение, что родоразрешение через естественные родовые пути возможно.

В таком случае наблюдательно-экспектативный план ведения родов остается в силе, перед врачом совершается целесообразный процесс конфигурации головки, разворачивается картина механизма, свойственного именно данному виду сужения таза. Изгоняющими силами организма женщины совершается изгнание плода через естественные родовые пути. В этом периоде родового акта роль врача особенно ответственна. Трудность вставления побуждает матку к интенсивной деятельности: чем больше сопротивление, тем сильнее становится работа матки. При чрезмерно сильных, болезненных схватках очень полезен морфий, введенный подкожно. При судорожных болях показан более или менее кратковременный хлороформный наркоз.

При трудном прохождении входа головкой рекомендуют вдавливание головки снаружи по Hofmeister'у в наркозе, — способ, требующий, по моему мнению, большой осторожности. Полезно Walcher'овское положение, причем ягодицы роженицы лежат на краю кровати и ноги опущены книзу. При Walcher'овском положении истинная конъюгата удлиняется на 0,25—0,5 см, чем и можно воспользоваться, придавая роженице это положение во все время схватки. Рекомендуют также придавать роженице при полном открытии зева положение Willink'a, подкладывая под крестец ее твердую подушку на 30 мин. Если в это время наступают осложнения в виде повышения температуры, растяжения нижнего сегмента, явления ущемления мягких частей, отека наружных частей или зева, примеси крови в моче, запаха выделений, со стороны плода—замедление сердечных тонов или чрезмерное их учащение или аритмия, а также отхождение мекония, то врач устанавливает показания к родоразрешению. Характер вмешательства будет зависеть от условий случая. Чаще это будет наложение щипцов на головку, стоящую в полости малого таза или в выходе его. При высокостоящей головке, у повторнородящей, в больничной или клинической обстановке речь может идти о пубитомии с последующим наложением щипцов. При отсутствии необходимых предпосылок остаются высокие щипцы, как *opratio necessitatis*, и при неуспехе их—краниотомия. В исключительных случаях тут не удастся избежать перфорации живого плода. При мертвом плоде безоговорочно показана краниотомия.

Другое дело, если наблюдение за ходом родов выясняет, что суженный таз в данном случае не настолько узок, пространственное несоответствие настолько значительно, что родоразрешение через естественные родовые пути невозможно. Тогда в процессе периода изгнания появляются показания к родоразрешению через живот. Наблюдательно-экспектативное ведение родов позволяет врачу сделать полную функциональную оценку таза и логически приводит его к необходимости вмешательства.

Нужны ли нам „пробные роды“? Полагая, что при современном уровне акушеркой диагностики и прогностики мы располагаем достаточными приемами и методами для функциональной оценки таза, мы отказываемся от принципиального проведения „пробных родов“.

В распоряжении врача есть практический критерий, руководствуясь которым он в одном случае пойдет на выжидательное ведение родов, в другом же решится на родоразрешение через живот.

Достаточную функциональную оценку таза дает в конкретном случае совокупное руководство тремя приемами: 1) прием Henkel-Вастена, 2) вдавливание головки по P. Müller'у с контролем per rectum, 3) определение вставления или невставления головки в таз по истечении 10—12 час. после отхождения вод при хорошей родовой деятельности.

Методом выбора для нас является интраперитонеальное ретровезикальное кесарское сечение. Классический метод производится в редких случаях и при специальных условиях (предлежание последа, необходимость крайней быстроты оперирования, сращения в результате предшествовавшего кесарского сечения).

Условием для брюшностеночного кесарского сечения является асептичность родовых путей. Если даже установлены показания к кесарскому сечению, а нет условий к нему, то лучше вовсе отказаться от родоразрешения через живот. Остается ждать и вести роды дальше консервативно, до тех пор, пока появятся конкретные показания к окончанию родов.

Так же должен поступить врач, если даны показания к кесарскому сечению, но нет согласия роженицы на операцию.

Для спасения жизни плода остаются высокие щипцы, но лишь в случаях стояния головки неподвижно наибольшей своей периферией в тазовом входе. Тут малоопытного врача может ввести в заблуждение большая родовая опухоль, спускающаяся глубоко в полость малого таза. Особенно возможна подобная ошибка при рахитическом плоском, низком тазе.

Операция высоких щипцов есть всегда лишь попытка извлечь плод. На завершении операции во что бы то ни стало не следует настаивать. В случае безуспешности нескольких осторожных тракций следует тут же перейти на краниотомию, которую в исключительных случаях приходится производить на живом плоде.

В явно инфицированных случаях обычно врач-акушер поступит так же; лишь в клиниках или хорошо оборудованных больницах может возникнуть речь об операции Porro или Portes'a и то лишь при согласии роженицы подвергнуться риску ради спасения ребенка.

Таким образом мы приходим к заключению, что действительная победа над узким тазом еще впереди, путь к ней ведет через профилактику суженного таза и социальную гигиену. Терапия же родов при узком тазе и по настоящее время не может считаться законченной главой практического акушерства. Образом действий врача не должно руководить механическое мышление. На каждый случай родов при узком тазе он должен смотреть как на сложную проблему, на задачу с величинами известными и неизвестными. Последние выявляются лишь в процессе клинического наблюдения за течением родового акта.

Основным положением является обязательное проведение родов при узком тазе в обстановке больницы, родильного дома или клиники.

Цель терапии родов при узком тазе одна: живая и здоровая мать, живой и здоровый ребенок.

Пути к этой цели различны. Путь крайнего консерватизма, как дающий слишком грустные результаты как для матери, так и для плода, почти всеми оставлен. Направление, носившее в акушерской литературе название „профилактического“, не оправдало возлагавшихся на него надежд: искусственные преждевременные роды и „профилактический“, поворот если и улучшили результаты для матери, привели к ужасающей смертности детей. „Активное направление“ окрылило надежды. Тазорасширяющие операции, особенно же расширение кесарского сечения, улучшили исход родов при узком тазе. И неудивительно, что активизм в родовспоможении открыл собою „хирургическую эру в акушерстве“. И это хирургическое направление нашло свое завершение в „новой ориентации“, отрицающей все способы родоразрешения через естественные родовые пути и ставящей во главу угла кесарское сечение как вмешательство универсальное при всякой дистоклии.

Но и этот путь по своим результатам не может удовлетворить клинически мыслящего врача-акушера; он отвергается нами как вредное увлечение. И в настоящее время, пока еще нет победы над суженным тазом, как таковым, мы должны подходить к каждому отдельному случаю родов при узком тазе строго индивидуально, кладя в основу образ действий наблюдательно-экспектативный. В конкретном случае вопрос о поведении врача решает не голая цифра, не анатомическая оценка таза, а учет всех родовых факторов, всей совокупности совершающихся при родах явлений, дающий возможность произвести функциональную оценку таза. А для этого требуются знакомство с акушерскими методами исследования и умелое наблюдение. Пельвиметрия, доведенное до совершенства наружное исследование, ректальное, вагинальное исследование, учет родовых сил и приспособляемости головки дают возможность в процессе родов судить о степени несоответствия между тазом и головкой и построить

план родов. И этот план не будет косным и непреклонным, он будет гибким, он будет изменяться в зависимости от появления тех или иных явлений со стороны механизма родов, тех или иных изменений в состоянии матери и плода.

В руках врача есть практический критерий, позволяющий ему в одних случаях — вести роды консервативно, в расчете на родоразрешение через естественные родовые пути, в других — признать несоответствие непреодолимым вовсе или преодолимым слишком большой ценой и решиться на разрешение через живот уже в начале родов или после выявления всей акушерской ситуации путем клинического наблюдения.

Изложенный путь наиболее труден, он требует от врача-акушера большой наблюдательности, знания и опыта, требует напряженного внимания в течение родового акта, но он наиболее благодарный, дает наибольшее удовлетворение и приближает нас к высокой цели практического родовспоможения: „живая и здоровая мать и живой здоровый ребенок“.

акusher-lib.ru

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.

Русский

А

Адреналин 6,—при беременности 41.
Активная терапия эклампсии 52.
Альбуминурия 8,—при эклампсии 49.
Амауроз экламптический 19.
Амиленгидрат при эклампсии 54.
Амнезия при эклампсии 63.
Анатомические особенности юношеского таза 83.
Анафилактическая теория эклампсии 41.
Анкилоз копчика 214.
Анестезия люмбальная при кесарском сечении 168,— — — эклампсии 55,— местная 168.
Апоплексии при эклампсии 73.
Апоплексия 29.
Артериальная гипертония 5.
Асинклитическое (внеосевое) вставление головки, как особенность механизма родов при плоском тазе 157.
Аспирин при эклампсии 54.
Ассимиляция верхняя, нижняя 213.
Асфиксия плода (белая, синяя 203),— —при узком тазе 115.

Б

Безводный интервал 158.
Беременность, токсикоз 3.
Бессолевая диета 11, 81.
Боделоковская конъюгата 91.
Боковая конъюгата 91.
Болезнь теорий 40.
Бром при эклампсии 54.
Бронхопневмония при послеродовой эклампсии 78.

В

Ванны теплые при эклампсии 52.
Вдавливание головки по Peter Müller'y 92.
Венозные синусы, разрывы при шипцах 162.
Вероная при эклампсии 54.
Вес плода 160.
Виноградный сахар при эклампсии 54, 78.
Влияние узкого таза на течение беременности 138.
Внутричерепные кровотечения, как следствие родовой травмы 163.
Водянка беременных 3.
Вожжи при прорезывании головки 87.
Война, влияние на эклампсию 35,— увлечению кесарским сечением 226.
Воронкообразный таз 209, 212.
Вредность щипцов 161.
Время перевязки пуповины 205,— производства кесарского сечения при узком тазе 129.
Вторичная слабость родовых болей при узком тазе 105, 154.
Вывих при эклампсии 63.

Высокие щипцы при узком тазе 116.
Выпадение ручки при простом плоском тазе 141.
Выскабливание deciduae при послеродовой эклампсии 78.
Высокое стояние головки в поперечном раз-
мере таза 157

Г

Гебостеотомия 192.
Гедонал при эклампсии 54.
Генез эклампсии 40.
Гентера способ 153.
Гестоз 4.
Гидроплазмия 5.
Гидропс беременных 3,— латентный тканевой 11 — лечение 6,— симптомы 4,— течение 5.
Гидроцефалия 217.
Гипальбуминоз 5.
Гипертония артериальная 5,— при нефропатии 12,— при эклампсии 50.
Гипоплазия матки 84.
Гипофиз при эклампсии 42, 73.
Гирудин при эклампсии 54.
Глаза, повреждение при щипцах 162.
Глазное дно, заболевания при нефропатии 8
Гломерулонефроз 8,10,— беременных 71.
Глюкоза при эклампсии 54.
Головка в широкой полости таза 103.
Головная опухоль 161.
Горное солнце при нефропатии 12,— — пре-
эклампсии 17.
Готовность к отеку 11, 42.

Д

Двойни при преэклампсии 18.
Двойной, ложный мыс 136.
Декапсуляция почек 81,— — при эклампсии 55,
78.
Депортация ворсинок 41.
Диагноз косога таза 200,— преэклампсии 14,—
эклампсии 28.
Диагностика обесчуженного рахитического
плоского таза 174,— рахитического плос-
кого таза 148.
Диагональная конъюгата 95.
Диурез 5,— при эклампсии 49,— — послеродо-
вой 78.
Дифференциальный диагноз эклампсии 29.
Диета бессолевая 11, 81.
Дыхание Вiot'овское 30.

Ж

Желатина при отеках 7,— — эклампсии 54.
Живот отвислый при кифозе 209.
Желтые тела при эклампсии 73.

З

- Заболеемость матерей и детей при искусственных преждевременных родах 197, — после кесарского сечения 172.
 Заболевания глазного дна при нефропатии 8.
 Задержка мочеиспускания после кесарского сечения 171.
 Заменяющие способы 152.
 Зашивание брюшной раны при кесарском сечении 171, — маточной раны при кесарском сечении 170.
 Защита промежности 85.
 Зуд кожный при эклампсии 63.

И

- Извлечение головки при кесарском сечении 132.
 Изменения таза при кифозе 208.
 Измерение величины головки плода до родов 100, — длины плода до родов 100, — конъюгаты диагональной 95, — истинной 97, — наклона таза по Маделъштаму 208, — окружности таза 125, — размера выхода поперечного 209, — прямого 209.
 Измерения таза 200.
 Инсулин при эклампсии 54, 78
 Интоксикационная теория эклампсии 40.
 Инфантильность матки 84.
 Инфекционная теория эклампсии 40.
 Инфекция, как осложнение периода изгнания 158.
 Иодистый калий при эклампсии 54.
 Искусственные преждевременные роды при узком тазе 197.
 Исследование вагинальное, — наружное, — ректальное 229, — подбородка 152.
 Истерия 29.
 История кесарского сечения 178.
 Исход родов при воронкообразном тазе 213.

К

- Каломель при эклампсии 52.
 Кальций при преэклампсии 16, 21.
 Камфора при преэклампсии 16.
 Карниковый таз 83, 89.
 Кастрация при остеомаляции 220.
 Качание по Schultze 204.
 Кварц при послеродовой эклампсии 78.
 Кесарское сечение 81, — — брюшностеночное экстраперитонеальное (внебрюшинное) 130, 179, — история 178, — классическое 129, — — при плоском рахитическом тазе 186, — — корпоральное 130, — — на мертвой 70, — — при абсолютном показании 228, — — общее: ном плоском тазе 176, — — — остеомалятическом тазе 219, — — со стерилизацией при остеомаляции 223, — — — преэклампсии 17, — — — эклампсии в родах 53, 59, 61, — — — до родов 32, — — статистика 177, — техника 170, — — шеечное (цервикальное) интраперитонеальное 130, 169.
 Кефалгематома 161.
 Кислород при эклампсии 54.
 Кифотический таз 207.
 Классификация суженных тазов 88.
 Клейдотомия 112.
 Клиника нефропатии 9.
 Кожный зуд при эклампсии 63.
 Кома экламптическая 31, 37.

- Консервативное ведение родов при эклампсии 53.
 Конституция в патогенезе эклампсии 41.
 Конъюгата боковая 91, — диагональная 95, — наружная, ценность ее 91.
 Краниоклазия 111.
 Краниотомия 108, 111, — на живом плоде 183, — при воронкообразном тазе 215.
 Кризы 14.
 Кровоизлияние в Варолиев мост при эклампсии 72, — в мозг при эклампсии 70, 72, 73.
 Кровопускание 12, 81, — при нефропатии 10, — — преэклампсии 17, — — эклампсии 52, 53, 66, 78.
 Кровотечения вследствие родовой травмы внутречерепные 163, — после пубитомии 195.
 Кровяная опухоль 61.
 Кровяное давление при нефропатии 12, — — эклампсии 50.

Л

- Легкие при эклампсии 72.
 Лечение гидрoпса 6, — голодом и жаждой 6, 9, 11, 81, — нефропатии 10, — эклампсии по Строганову 47, — — по Строганову-Zweifel'ю 53. См. также Терапия.
 Лимфатизм при эклампсии 29.
 Литвак, способ оживления новорожденных 205.
 Лицевой нерв, параличи при щипцах 161.
 Ложные потуги 143.
 Ложный мыс 136.
 Люмбальная анестезия при кесарском сечении 168, — пункция 12, 81, — — при преэклампсии 17, — — — эклампсии 55, 56, 66.
 Люминал 81, — при эклампсии 54, — — — послеродовой 78.

М

- Магнезия сернокислая 81, — — при преэклампсии 17, — — — эклампсии 54, 55, — — — послеродовой 78.
 Маделъштама прибор для измерения наклона таза 208.
 Маточно-брюшностеночный свищ, родоразрешение 181.
 Менингит 29.
 Местная анестезия при кесарском сечении 168.
 Метеоризм после кесарского сечения 171.
 Метод Ogata 205, — Silvester'a 204.
 Методы для оценки несоответствия между тазом и головкой плода 182.
 Метрейриз при косом тазе 207, — — узком тазе 95, 114, — эклампсии 65.
 Механизм вставления головки при общесуженном плоском тазе 175, — родов при рахитическом плоском тазе (относительно-суженном) 156.
 Минеральный обмен, нарушение при эклампсии 43.
 Морфий 81, — опасность при кифозе 214.
 Мочегонные при эклампсии 52.
 Мыс двойной, ложный 136.

Н

- Навсание головки над лоном 101.
 Надпочечник и гипофиз в этиологии эклампсии 42, — при эклампсии 73.
 Наказ родильнице после пубитомии 196.
 Наклонение таза 208.
 Наркоз при эклампсии 52.
 Наркотики 81, — при эклампсии 17.

Наружная конъюгата, ценность ее 91.
 Наружное исследование 229.
 Неблагоприятные явления в период изгнания при плоском рахитическом тазе 158.
 Недостатки классического кесарского сечения 130.
 Нерв лицевой, параличи при щипцах 161.
 Нефрит беременных 3, 68.
 Нефроз 10, — беременности 8.
 Нефропатия 3, 5, 10, — беременных 8, — при двойнях 76.

O

Обертывания при эклампсии 52.
 Общеравномернорасширенный таз 83, 88, 93, 99, 106, 113, 124.
 Общесуженный плоский таз 89, 189, — плоский, рахитический таз 173.
 Овулярная теория эклампсии 42.
 Оживление мнимоумершего ребенка 204.
 Околощитовидные железы, гипофункция в этиологии эклампсии 42.
 Олигурия 5.
 Опасности узкого таза для матери 164, — щипцов Kjelland'a 122.
 Опасность высоких щипцов 118, — морфия при кифозе 214.
 Оперативные показания при узком тазе 182.
 Операция Porro 130, 180, — — смертность 181, — Portes'a 181.
 Определение высокого стояния подлежащей части 104.
 Опухоль головная, — кровяная 161.
 Особенности плоского таза 135.
 Остеомалация 218, 220.
 Отвислый живот при кифозе 209.
 Отек легких при эклампсии 72, — мозга при эклампсии 42, 72,
 Отравление алкоголем 29, — свинцом 29.
 Отторжение всей задней губы зева в родах 158.
 Отхождение околоплодных вод преждевременное 114.

П

Параличи лицевого нерва при щипцах 161.
 Патологические изменения органов при эклампсии 71.
 Пельвиметрия 85, 88, 229.
 Пельвиотомия 192.
 Переливание крови при эклампсии 54.
 Переломы костей черепа при щипцах 161, — при эклампсии 63.
 Перинеотомия 87.
 Перфоратор Elot 112.
 Перфораторы 110.
 Перфорация 81, — головки по Феноменову 109, — — при эклампсии в родах 44, — — с крапивообразной при узком тазе 108, — живого плода 216.
 Пилокарпин при эклампсии 52, 54.
 Плоский таз 89, 135, — — нерахитический 89, — — простой 141, — — рахитический 89.
 Плоскости таза 103.
 Плюригландулярная теория эклампсии 43.
 Пневмония при эклампсии 72.
 Поворот 81, — на ножку и извлечение при простом плоском тазе 143, — показанный 144, — профилактический 144.
 Повреждения глаз при щипцах 162, — костного таза при щипцах 165, — нервных стволов при щипцах 165, — плода от поворота при

узком тазе 145, — после тазорасширяющих операций 191, — пузыря и уретры при щипцах 165.
 Повторное кесарское сечение при рахитическом плоском тазе 185.
 Погода, влияние на эклампсию 35.
 Подбородок, исследование 152.
 Подготовка больной к кесарскому сечению 169.
 Поджелудочная железа при эклампсии 73.
 Показания для тазорасширяющих операций 191, — к высоким щипцам 117, — кесарскому сечению при узком тазе 126, 167, 176, — — наложению щипцов Kjelland'a 120, — — повороту при узком тазе 145, — — стерилизации при кесарском сечении 169, — — оперативные при узком тазе 182.
 Полиурия 5.
 Положение Walcher'a, — Willink'a 231, — роженницы в момент врезывания и прорезывания головки 87.
 Понятие высоких щипцов 117, — узкого таза 82.
 Последовый период при эклампсии 51.
 Послеродовая эклампсия 77.
 Послеродовые психозы при эклампсии 63.
 Потуги ложные 143.
 Походка после пубитомии 195.
 Почка беременных 3, 5, 8, 10, 68.
 Предсказание см. Прогноз.
 Предшественники эклампсии 3.
 Преждевременное отделение плаценты при нефропатии 13, — — — при эклампсии 63, — — отхождение околоплодных вод 114.
 Преждевременные роды при нефропатии 12.
 Преждевременный разрыв плодного пузыря при узком тазе 94.
 Преимущества шеечного кесарского сечения 131.
 Препараты щитовидной железы 6, — — — при отеках беременных 12.
 Прерывание беременности при преэклампсии 17.
 Преэклампсия 5, 9, 14, 21.
 Прием Laborde'a—204.
 Признак Henkel-Вастена 85, 101.
 Припадок экламптический 30, — — терапия 38.
 Причины асфиксии плода 203, — развития юношеского таза 83, — смерти при эклампсии 36, 73, — узкого таза 225.
 Пробная тракция 118.
 Пробные роды 114,
 Прободники 110.
 Прогноз кесарского сечения 129, — операции щипцов для детей при узком тазе 161, — родов при кифозе 209, — — при узком тазе 164, — эклампсии 35, — — отдаленный 68, — — послеродовой 78.
 Продолжительность произвольных родов при узком тазе 140.
 Происхождение воронкообразного таза 213.
 Прокол плодного пузыря 81, — — — при эклампсии 54.
 Промежность, защита 85.
 Профессии, влияние на эклампсию 35.
 Профилактика узкого таза 225, — эклампсии 5, 11, 48, 54.
 Профилактический поворот 227, — — при узком тазе 144.
 Псевдоэклампсия 21.
 Психоз после эклампсии в родах 66.
 Психозы послеродовые при эклампсии 63.
 Пубитомия 190, 192, — подкожная 193, — по Döderlein'y 194.
 Пункция люмбальная 12, 81, — — — при эклампсии 17, 55, 66, — субокципитальная 12, — — при эклампсии 55.

Р

- Разгибание головки, как особенность механизма родов при плоском тазе 157.
 Раздвоение матки 84.
 Размер Zangemeister'a 102.
 Размеры истинной конъюгаты при абсолютном сужении таза 126.
 Разрез матки по Rolapo 187.
 Разрыв пузыря 81, — — — преждевременный при узком тазе 94, — — — при преэклампсии 17.
 Разрывы венозных синусов при щипцах 162, — в кесарском рубце 187, — влагалища сквозные 195, — влагалищной части при щипцах 164, — от поворота при узком тазе 145, — промежности при щипцах 164, — пузыря после пуботомии 195.
 Раннее лечение эклампсии 81, — родоразрешение при эклампсии 53.
 Расстройство зрения при преэклампсии 15.
 Расхождение симфиза при симфизеотомии 190.
 Рахит 146.
 Рахитические изменения костного таза 146.
 Рахитический плоский таз 145, 155, 166, 184.
 Результаты пуботомии 195.
 Ректальное исследование 229.
 Рецидив эклампсии 67.
 Родовая травма 163.
 Родоразрешение раннее при эклампсии 53, — через маточно-брюшностеночный свищ 181.
 Роды преждевременные при нефропатии 12, — пробные 114.
 Ромб Michaelis'a 148.

С

- Самонпроизвольные роды при узком тазе 139.
 Селезенка при эклампсии 72.
 Сердце при эклампсии 73.
 Симптомы гидропса 4, — нефроза беременных 10, — остеомаляции 221, — преэклампсии 15.
 Симфизеотомия 190, 192, — подкожная 193.
 Синусы венозные, разрывы при щипцах 162.
 Синцитиолитизм 41.
 Синцитиотоксин 41.
 Слабость родовых болей при узком тазе 94, — — — — — вторичная 105.
 Смертность детей после операции щипцов 161, — — — поворота при узком тазе 145, — — — профилактически, поворота 144, — — — кесарском сечении 178, — — — общесуженном плоском тазе 175, — — — эклампсии 44, — — — и матерей при искусственных преждевременных родах 197, — матерей после высоких щипцов 165, — — — кесарского сечения 129, 172, — — — — — внебрюшинного 180, — — — — — повторного 188, — — — при общесуженном плоском тазе 175, — — — операции Porro 181, — — — — — Portes'a 182, — — — пуботомии 195, — — — симфизеотомии 191, — — — — — эклампсии 35, 36, 73, — — — — — без судорог 79, — — — — — в родах 70, — — — — — от родоразрешения 60, — — — — — от кесарского сечения 60, — — — — — повторной 68, — — — — — послеродовой 78.
 Смерть плода при узком тазе и щипцах 160.
 Сода при эклампсии 54.
 Соотношение истинной и диагональной конъюгаты 97.
 Социальная среда, влияние на эклампсию 35.
 Способ Гентера 153, — Литвака 205, — Pitskasek'a 152, — Prochownik'a 205, — Ritgen'a

87, — Schatz'a и Unterberger'a для определения степени раскрытия зева 153, — Schwarzenbach'a 153, — Werth'a 205.

- Способы заменяющие 152.
 Сращения после кесарского сечения 187.
 Статистика кесарского сечения вообще и при узком тазе в частности 177, — нефропатии беременных 8, — общесуженного таза 89, — плоского таза 89, — психозов после эклампсии 66, — эклампсии 6, 25, 34, — — — без белка 80, — — — повторной 68, — — — послеродовой 77, — — — — — ранней 79.
 Степени сужения таза 150.
 Стерилизация при кесарском сечении 186.
 Стернотомия 113.
 Строганова метод лечения эклампсии 47, 53.
 Строфант 6.
 Субокипитальная пункция 12, — — — при эклампсии 55.
 Судьба щипцовых детей 162.
 Суженный таз 83, — — — мужского типа 83, 89, — — — юношеского типа 83, 89.
 Сухожидение 81.
 Схема Litzmann'a 88.
 Сыворотка лошадиная при эклампсии 54, — экламптический при эклампсии 54.

Т

- Таблица наружных размеров таза 100.
 Таз воронкообразный 198, 212, — карликовый 83, — каучуковый 223, — кифотический 207, — кососмещенный 199, — косой 198, — кососуженный 199, — Naegele 199, — общеравномерносуженный 83, 88, 89, 93, 99, 106, 113, 124, — общесуженный плоский 173, 189, — остеомалятический 198, 218, — плоский простой 89, 135, 141, — — — рахитический 145, 155, 166, 173, 184, — поперечносуженный 198, — расщепленный 198, — рахитические изменения 146, — ребенка 84, — спондилолистетический 198, — с опухолями 198, — суженный 83, — таблица наружных размеров 100, — узкий 82, — — — оперативные показания 182, — юношеского типа 89.

- Тазовые плоскости 103.
 Температура при эклампсии 63.
 Тенденция к гидропсу 11.
 Теория эклампсии 40.
 Теория эклампсии анафилактическая 41, — — — интоксикационная 40, — — — инфекционная 40, — — — фетальная 42.
 Терапия остеомаляции 222, — преэклампсии 16, — припадка при эклампсии 38, — ср д ней линии 49, 54, 56, 59, 61, — эклампсии активная 52, — — — до родов 31, — — — консервативная 25, — — — — — крайняя 59, — — — оперативная 59, — — — послеродовой 78. См. также Лечение.

Техника шеечного кесарского сечения по Krogig'u 131, — операции при кесарском сечении 170.

Течение гидропса 5, — родов при общеравномерносуженном тазе 89.

Тимофизин при эклампсии 55.

Тироксин при эклампсии 54.

Токсикоз беременности 3.

Травма родовая 163.

Трепанация черепа при эклампсии 55.

У

- Узкий таз 82, — — оперативные показания 182, — — при эклампсии 28.
Уремия 29, — причина эклампсии 40.
Условия к производству кесарского сечения 127, — — тазорасширяющим операциям 192.

Ф

- Феноменов, перфорация головки 109.
Фетальная теория эклампсии 42.

Х

- Хирургическая эра в акушерстве 228.
Хлороформ при эклампсии 52.
Хлороформно-эфирный наркоз при кесарском сечении 169.

Ц

- Ценность наружной конъюгаты 91.
Цилиндрурия 8, — при эклампсии 49.

Ч

- Чесание носа при эклампсии 63.
Число припадков при эклампсии 31.
Членорасположение головки при прорезывании 86.

Ш

- Шеечное интраперитонеальное кесарское сечение 169, — — — при общесуженном плоском тазе 176.

Щ

- Щипцовые дети 162.
Щипцы 81, — высокие, выходные 116, — Kjel-land'a 120, — полостные 116, — при вторичной слабости родовых болей (узкий таз) 105, — — косом тазе 202, — — плоском рахитическом тазе 154, 160, — — эклампсии 38, — — — в родах 66, — прямые

120, — с осевым влечением 119, — типические 116.

- Щитовидная железа, препараты 6, — — — при отеках беременных 12, — — — при беременности 42, — — — эклампсии 73.

Э

- Эклампсизм 5, 9, 14, 21.
Эклампсия 23, — abortивная 25, 79, — атипичическая 79, — без белка 80, — — судорог 24, 79, — беременных 24, — внешняя, внутренняя 25, — возвратная 24, 68, — время года 35, — в родах 34, 39, 51, 64, 70, — — — кесарское сечение 59, 61, — — — перфорация головки 44, — — — смерть 70, — — — щипцы 38, — диагноз 28, — — дифференциальный 29, — до родов, кесарское сечение 32, — интеркуррентная 25, — к концу периода раскрытия 22, — кровоизлияние в мозг 70, 72, — латентная 21, — лечение по Строганову 47, 53, — лимфатизм 29, — плюриглангулярное заболевание 42, — повторная 24, 18, — поздняя 24, 78, — послеродовая 24, 77, — предшественники 3, — припадок, лечение 38, — при пузырьном заносе 79, — ранняя 79, — профилактика 5, 11, — пуэрперальная 24, — рецидив 67, — рецидивизирующая 24, 68, — рожениц 24, — рудиментарная 79, — социальная среда и профессии 35, — статистика 6, — судорожный припадок 30, — узкий таз 28.

- Экламптический амауроз 19, — припадок 30.
Экстирпация грудей при эклампсии 55, — матки при эклампсии 55, — — — послеродовой 78.

- Эксцеребрация 109.
Энцефаломалия при эклампсии 72.
Эпизиотомия 87.
Эпилепсия 29.
Этиология простого плоского таза 137.

Я

- Яичники при эклампсии 73.

Латинский

- Alboetonia 10, 11.
Amputatio labii posterioris colli uteri sub partu spontanea 158.
Asphyxia livida, pallida 203.
Blot'овское дыхание 30.
Blot, перфоратор 112.
Caput succedaneum 161.
Claviculo-costotomia 113.
Cleidotomia bilateralis 113.
Coma eclampticum 31.
Döderlein, пубитомия 194.
Dystocia epileptica 40.
Eclampsismus 14.
Eclampsia cryptica 79, — externa 25, — gravidarum sive sub graviditate 24, — intercurrentis 25, — interna 25, — parturientium sive sub partu 24, — praecox 24, 79, — puerperarum sive post partum 24, — recurrens 24, 68, — reflectoria 40, — repetata 24, 68, — sine eclampsia 79, — tarda 24, 78,
Elevatio uteri caesarea 172.
Epilepsie cérébrale 40.

- Glomerulonephritis 71.
Gomphosis 90.
Harnflut 49.
Henkel-Вастена признак 85, 101.
Hepatitis haemorrhagica 71.
Hepato-toxémie gravidique 41.
Hirudin 51.
Hydrops gravidarum 3, 5.
Impressio capitis modo Peter Müller 92.
Kjelland'a щипцы 120.
Kopf-Beckenmass 102.
Krönig, трансперитонеальное шеечное кесарское сечение 131.
Labörde, прием 204.
Ligamentum uteri caesareum 172.
Litzmann'a асинклитизм при общесуженном плоском тазе 175, — схема 88.
Michaelis'a ромб 148.
Müller см. Peter.
Naegele, раз 199.
Nephritis tubularis gravidarum 8, — e graviditate 68.

- Nephropathia gravidarum** 8.
Nykturia 10.
Ogata, метод оживления 205.
Osteomalacia cerea 220, — *senilis sive tarda* 219.
Pelvis aequabiliter iusto minor infantilis 83, 88, 89, — *iusto minor* 125, — — — *et plana* 89, 174, — *pauca* 83, 89, — *nimis parva et plana* 174, — *obliqua* 199, — *obtecta* 208, — *plana* 89, — — *Deventeri* 89, 135, — — *rachitica* 89, 135, — *virilis* 83, 89.
Petes Müller, вдавление головки 92.
Piskacek'a способ 152.
Planum occipito-frontale 86, — *suboccipito-bregmaticum* 86, 89, — *suboccipito-frontale* 89, — *suboccipito-parietale* 90.
Polano, рассечение задней стенки матки 187.
Porro, операция 130, 180.
Portes, операция 181.
Præeclampsia 14.
Præoedema 11.
Росшювник, способ оживления 205.
Retinitis albuminurica 29, — *eclampsica* 20.
Ritgen'a способ 87.
Schatz-Unterberger, способ определения степени раскрытия зева 153.
Schnittentbindung 59.
Schultze, качание 204.
Schwarzenbach'a способ 153.
Sectio abdominalis intraperitonealis cervicalis 59, 61, — *caesarea transperitonealis cervicalis seu retrovesicalis* 32.
Silvester'a способ 204.
Status eclampticus 14, 15, 21, — *præeclampticus* 79.
Thyroxin 54.
Tubulonephritis 71.
Tympania uteri 159.
Unterberger см. Schatz.
Veratrinum viride 54.
Walcher'овское положение 231.
Werth'a способ 205.
Willink'a положение 231.
Zangemeister'a размер 102.



КНИГОТОРГОВОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ИЗДАТЕЛЬСТВ

БОКАНОВ, Ф. А.

Клинический семинарий по гинекологии.

(С 52 рис.). 2 изд. (1-е Медгиза), ОГИЗ, Медгиз 1932 г. Тираж 3000 экз.
Цена 3 р., в перепл. 3 р. 60. к.

Часть общая: Нормальные функции яичников и др. желез. Расстройство этих функций. Основы дифференциального анализа, терапии, профилактики. Значение социально-бытовых условий.

Часть специальная: Смещение половых органов, осложнения беременности, инфекционные болезни, функциональные расстройства, опухоли, травматические повреждения. — Материал специальной части излагается в виде разбора соответствующих случаев (история болезни, исследования, дифференциальный диагноз, лечение). Руководство для студентов и начинающих врачей.

ПОБЕДИНСКИЙ, Н. И.

Краткий учебник акушерства.

Под ред. и с доп. проф. М. А. Колосова, 7-е изд. (с иллюстр.) М. ОГИЗ, Медгиз 1932 г. 10000 экз. Стр. 361. Цена 3 р. 25 к., в перепл. 3 р. 85 к.

Введение: Краткий очерк развития, строения и функций яичников.

I ч. Физиологическое акушерство: Физиология беременности, родов, послеродового периода, методика акушерского исследования.

II ч. Патологическое акушерство: патология беременности, последа, родов, послеродового периода.

III ч. Оперативное акушерство: Оперативные вмешательства при патологических беременностях и родах. Предметно-именные указатели (русский и латинский). — Учебник переработан соответственно семинарскому методу преподавания.

ЯКОВЛЕВ, И. И.

Неотложная помощь в акушерстве.

Пособие для врачей и студентов. (С 79 рис.) 2 издан., допол. Л. и М. Медгиз. 1932 г. 5170 экз. Стр. 280 + 5 лист. табл. Цена 4 р. 50 к.

Содержание: Кровотечения во время беременности, родов, в послеродовом и послеродовом периодах. Роды при неправильных вставлениях головки. Роды крупным плодом. Непроходимость кишечника, аппендицит и беременность. Повреждение матки и смежных органов при выскабливании. Поздние токсикозы беременных. Литературный и предметный указатели.

**КНИГИ ТРЕБУЙТЕ ВО ВСЕХ ОТДЕЛЕНИЯХ, МАГАЗИНАХ И КИОСКАХ
ЛЕНКОГИЗ'а.**