

В. С. ГРУЗДЕВ
ПРОФЕССОР КАЗАНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

КУРС АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

ЧАСТЬ II

АКУШЕРСТВО

ТОМ II



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО Р. С. Ф. С. Р.
БЕРЛИН 1922

В. С. ГРУЗДЕВ

ПРОФЕССОР КАЗАНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

КУРС АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

ЧАСТЬ II

АКУШЕРСТВО

ТОМ II



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО Р. С. Ф. С. Р.
БЕРЛИН 1922

*Книга напечатана по поручению
Народного Комиссариата
Здравоохранения.*

akusher-lib.ru

ОГЛАВЛЕНИЕ.

	Стр.
V. Патология родов.	
A. Аномалии изгоняющих сил при родах	1
а) Аномалии родовой деятельности матки	1
Слабость родовых сокращений матки	1
Чрезмерно-сильные сокращения матки	9
Чрезмерная болезненность маточных сокращений	10
Судорожные сокращения матки	10
б) Аномалии деятельности брюшного пресса при родах	13
Слабость потуг брюшного пресса	13
B. Аномалии мягких частей родового канала	14
а) Рубцовые сужения женского полового канала	14
б) Ригидность мягких частей родового канала. <i>Conglutinatio orificii externi</i>	17
в) Пороки развития женского полового канала	20
г) Опухоли женского полового канала и соседних органов	20
Фибромиомы матки	20
Рак матки	23
Другие опухоли матки и соседних частей	24
V. Аномалии таза	27
а) Чрезмерно-широкий таз	27
б) Узкий таз	28
Частота, этиология и классификация	28
аа) Часто встречающиеся формы узкого таза	33
Плоский нерахитический таз	33
Плоский рахитический таз	34
Течение беременности и родов при плоском тазе	36
Исходы родов при плоском тазе для плода и матери	40
Терапия родов при плоском тазе	45
Общеравномерносуженный таз	49
Общеравномерносуженный таз	52
бб) Реже встречающиеся формы узкого таза	54
Спондилолистетический таз	54
Остеомалятический таз	56
<i>Robert'</i> овский таз	68
Воронкообразный (кифотический) таз	69
Кососуженные тазы	71
Тазы, суженные вследствие переломов и новообразований	76
G. Аномалии различных частей плодного яйца	78
а) Аномалии плода	78

	Стр.
Чрезмерная величина плода	78
Головная водянка плода	79
Геми- и анэнцефалия плода	81
Чрезмерная величина туловища плода	82
Сросшиеся двойни	83
„Коллизии“ близнецов при родах двойнями	97
Поперечное положение плода	99
Выпадение конечностей плода при головном предлежании	106
б) Аномалии пуповины	109
Предлежание и выпадение пуповины	109
Разрыв пуповины	115
в) Аномалии плаценты и оболочек	116
Предлежание плаценты	116
Выпадение плаценты	128
Преждевременная отслойка плаценты, сидящей на нормальном месте	129
Задержание плаценты	133
Задержание оболочек	139
Д. Травматические повреждения половых путей при родах	140
а) Повреждения мягких частей родового канала	141
аа) Разрывы мягких частей родового канала	141
Разрывы матки	141
Разрывы маточной шейки	152
Разрывы рукава	154
Разрывы половой щели (промежности)	156
бб) Гематомы различных отделов полового аппарата	165
Гематомы вульвы и рукава	165
Гематомы широких связок и подбрюшинной клетчатки	168
б) Повреждения твердых частей родового канала	168
Е. Другие осложнения родов	171
Атонические кровотечения	171
Подкожная эмфизема	182
Выворот матки	183
Внезапная смерть матери во время родов и вскоре после них	187
Мнимая смерть новорожденных	190
Vagitus uterinus	197
VI. Акушерские операции.	
Общие правила подачи оперативной акушерской помощи	199
Классификация акушерских операций	203
А. Подготовительные акушерские операции	204
а) Подготовительные акушерские операции, имеющие целью преждевременное прерывание беременности	204
Искусственный выкидыш	204
Искусственные преждевременные роды	215

б) Подготовительные акушерские операции, имеющие целью устранение препятствий для родов со стороны мягких частей родового канала	225
Разрез маточного зева (<i>hysterostomatia</i>)	225
Некровоавое расширение маточной шейки	228
Влагалищное кесарское сечение	232
Кровоавое расширение рукава	238
<i>Humenotomia</i>	238
Эпизиотомия	239
Насечки при отеке вульвы	239
в) Подготовительные акушерские операции, имеющие целью устранение препятствий для родов со стороны твердых частей родового канала (таза)	240
Симфизеотомия	240
Пубиотомия	250
Ишио-пубиотомия	258
Резекция мыса крестцовой кости	259
г) Подготовительные акушерские операции, имеющие целью устранение препятствий для родов со стороны различных составных частей плодного яйца	259
Разрыв плодного пузыря	259
Вправление пуповины	262
Вправление ручки	264
Поворот	265
Б. Родоразрешающие акушерские операции	286
а) Родоразрешающие акушерские операции, имеющие целью извлечение не уменьшенного в объеме плода <i>per vias naturales</i>	286
Ручное извлечение плода за тазовый конец	286
Щипцы	308
Выжимание плода	346
б) Родоразрешающие акушерские операции, имеющие целью извлечение уменьшенного в объеме плода <i>per vias naturales</i>	348
Краниотомия	348
Клейдотомия и стернотомия	366
Эмбриотомия	367
в) Родоразрешающие акушерские операции, имеющие целью извлечение плода чрез искусственно образованные пути	374
Кесарское сечение и его разновидности	374
Классическое кесарское сечение на живых	376
Надлобковое кесарское сечение	387
Внебрюшинное кесарское сечение	390
Операция <i>Porro</i> и экстирпация опорожненной беременной матки	392
Кесарское сечение на мертвой и умирающей	395

VII. Патология послеродового периода.

А. Инфекционные заболевания полового аппарата у рожениц	399
а) Пуэрперальные болезни в тесном смысле слова	399
Сущность и частота этих болезней	399
Этиология и патогенез	404
Резорбционная лихорадка и lochiometra	415
Пуэрперальные вульвит и вагинит (ulcera puerperalia vulvae et vaginae)	417
Пуэрперальный эндометрит	420
Пуэрперальный метрит	434
Пуэрперальный сальпинго-оофорит	437
Пуэрперальное воспаление брюшины (периметрит, тазовый перитонит, общий перитонит)	440
Послеродовое воспаление тазовой клетчатки (параметрит, флегмона тазовой клетчатки, paravaginitis phlegmonosa) . .	445
Phlegmasia alba dolens	449
Родильная горячка	452
б) Другие инфекционные заболевания половых органов у рожениц	467
Послеродовая гоноррея	468
Послеродовая дифтерия	471
Послеродовый столбняк	472
Рожа половых частей у рожениц	475
Б. Расстройства отделения молока и болезни грудных желез у рожениц	476
Агалактия, полигалактия и галакторрея	476
Молочная сухотка	478
Трещины сосков	479
Грудница	481
В. Другие болезни рожениц	485
Порочное обратное развитие матки (involutio uteri vitiosa, subinvolutio uteri)	485
Плацентарные полипы	487
Аномалии положения послеродовой матки	488
Расстройства со стороны мочевого пузыря и кишечника у рожениц	491
Эмболии в пуэрперальном периоде	494
Душевные болезни рожениц	497
Предметный указатель	499
Именной указатель	515

ЧАСТЬ II

АКУШЕРСТВО

akusherlib.ru

V. Патология родов.

Патологическое течение родового акта у женщины может зависеть от крайне разнообразных осложнений как со стороны организма матери, так и со стороны плода. В числе первых могут быть прежде всего указаны

A. Аномалии изгоняющих сил при родах.

Как известно, родовой акт является результатом действия трех изгоняющих сил, из которых особенно важную роль играют две — сократительная деятельность матки и потужная деятельность брюшного пресса; поэтому и в патологии родов имеют значение аномалии именно этих двух сил.

а) Аномалии родовой деятельности матки.

Родовые сокращения маточной мышцы могут представлять различные по своему характеру отклонения от нормы: они могут быть, во-первых, чересчур слабы, во-вторых, наоборот, чрезмерно сильны, в-третьих, чрезмерно болезненны и, в-четвертых, могут иметь судорожный характер.

Слабость родовых сокращений матки. Аномалия эта, в общем сводящаяся к тому, что сокращения маточной мышцы у роженицы являются недостаточными для выполнения родового акта, — именно, главного его момента, изгнания плода, — без постороннего вмешательства, принадлежит к числу наиболее важных в практическом отношении осложнений родов — хотя бы уже потому, что она встречается очень часто.

По данным *Михайлова*, общий процент родов, осложненных слабостью родовой работы матки, равняется для родовспомогательных учреждений России 6,39, причем на перворожениц падает немного более половины этих случаев (53%), на повторных рожениц — немного менее половины (47%)

Надо при этом иметь в виду, что в материал *Михайлова* входят, повидимому, лишь случаи абсолютной слабости родовых сокращений матки.

В учебниках акушерства обыкновенно делят случаи слабости маточных схваток на две категории: случаи первичной слабости, когда маточная мышца с самого начала родов работает недостаточно энергично, в зависимости обычно от различных анатомических неправильностей этого органа, и случаи вторичной слабости, когда матка сначала работает с нормальной силой, но затем, встречая непреодолимые препятствия для изгнания плода в сужениях таза, неправильном положении плода и т. п., начинает развивать все менее и менее сильные сокращения. Гораздо целесообразнее, однако, по моему, делить случаи слабости маточных сокращений на случаи слабости абсолютной и относительной, причем в случаях первого рода сила маточных сокращений, будучи определяема по общим правилам измерения мышечной работы, оказывается ниже нормы, в случаях же второй категории матка работает настолько энергично, что, будь все остальные условия нормальными, — ее работа легко привела бы к желательному результату, именно, к освобождению матки от ее содержимого; так как, однако, родовая деятельность матки встречает повышенные препятствия или со стороны организма матери (узкий таз), или со стороны организма плода, то ее сокращения оказываются недостаточно-сильными для выполнения родового акта.

Этиология абсолютной слабости крайне разнообразна. Весьма нередко причины этой неправильности кроются в аномалиях половой сферы и, в частности, матки, иногда же происхождение ее приходится поставить в связь с причинами более общего характера. Среди этиологических моментов первого рода упомянем прежде всего о пороках развития матки, особенно об инфантилизме. Как уже упоминалось выше, инфантилизм половой сферы у замужних женщин нередко ведет к бесплодию и выкидышам; если же беременной с инфантильным половым аппаратом удастся доносить до конца, то очень часто недоразвитый миометрий маточного тела не в состоянии бывает проявить достаточно энергичную сократительную деятельность при

родах, — получается абсолютная ее слабость. Абсолютно-слабыми обычно оказываются маточные сокращения и при частичных раздвоениях матки, напр., при *uterus arcuatus*, так как здесь работа одной системы циркулярных мышц до известной степени парализует работу другой системы, действуя во взаимно-противоположном направлении. Из приобретенных заболеваний маточной мышцы, обуславливающих слишком слабую ее работу при родах, отметим прежде всего хронические воспалительные процессы в миометрии, ведущие к замещению мышечной ткани соединительной, а также — наличие в матке фибромиом.

Иногда матка, будучи сама по себе здоровою, все же не в состоянии бывает развивать достаточно энергичные родовые сокращения вследствие того, что стенки ее чересчур растянуты, каковое растяжение стоит в связи со слишком большим объемом плодного яйца, зависящим от *hydramnion'a*, двойней и т. п. Наконец, иногда в этиологии абсолютной слабости родовых сокращений матки играют роль, как уже было сказано, причины общего характера, — слабость наблюдается, напр., у женщин истощенных, малокровных, хлоротичных, а также очень нервных и чересчур жирных.

Причины относительной слабости родовых сокращений матки чаще всего лежат в сужениях таза; на втором плане здесь стоят анатомические неправильности плода, особенно чрезмерная величина головки на почве головной водянки, и аномалии его положения, особенно поперечное положение. Во всех этих случаях не только нормальной, но даже и усиленной сократительной деятельности матки оказывается недостаточно, чтобы протолкнуть ребенка через тазовое кольцо матери.

От каких бы причин ни зависела слабость родовой деятельности матки, — она представляет собою очень серьезное осложнение родов, которые при наличии ее сильно затягиваются, а уже одна эта затяжка является источником серьезных опасностей и для матери, и для плода. Значение этой аномалии в патологии родового акта тем серьезнее, что, повторяю, она встречается в практике весьма часто.

Установить диагноз слабости родовых сокращений матки весьма нетрудно; легко также определить и то, имеем ли

мы дело в данном случае с абсолютную слабостью, или с относительной. При абсолютной слабости маточные схватки бывают обыкновенно очень коротки, а паузы между ними, наоборот, очень продолжительны; нередко слабые сокращения бывают вместе и малоблезненными, хотя иногда, наоборот, при слабых сокращениях наблюдается чрезмерная их болезненность, зависящая от повышенной чувствительности маточной мышцы („маточный ревматизм“, которому старые авторы приписывали такое значение в патологии родового акта). Роды при абсолютной слабости обычно протекают очень медленно, причем это относится как к периоду раскрытия, так и к периоду изгнания плода. При относительной слабости маточная деятельность у роженицы носит, напротив, нормальный характер, но, несмотря на это, роды все же не подвигаются вперед, или подвигаются очень медленно, причем исследование обнаруживает и причину этой задержки — в виде той или другой аномалии или материнского организма, или плода; чаще всего врач обнаруживает наличие в подобных случаях узкого таза, головной водянки плода или поперечного положения последнего.

Отличать случаи абсолютной слабости маточных сокращений у рожениц от случаев относительной слабости практически крайне важно потому, что терапия в тех и других существенно различается. При абсолютной слабости терапия должна быть направлена на то, чтобы заставить маточную мышцу работать энергичнее, а для того, чтобы выбрать подходящее средство достигнуть этой цели, мы должны предварительно выяснить себе причину слабости в данном случае. С этой точки зрения следует различать три категории случаев: 1) случаи, где абсолютная слабость зависит от чрезмерного растяжения маточных стенок на почве *hydramnion*'а, 2) случаи, где эта аномалия находится в связи с общим ослаблением организма роженицы, и 3) все остальные случаи.

Если пред нами случай абсолютной слабости, обусловленной *hydramnion*'ом, то самой рациональной терапией будет разрыв плодного пузыря. Как известно, последний служит для раскрытия маточного зева, а потому большинством акушеров принято за правило — не рвать пузыря до тех пор, пока он не выполнит своей физиологической задачи, т. е. пока маточный

зев не будет раскрыт вполне. *Hydramnion*, обуславливающий абсолютную слабость маточных сокращений, признается всеми исключением из этого правила, — при нем показывается разрыв пузыря до полного раскрытия зева, дабы, уменьшив объем плодного яйца, ослабить растяжение маточной стенки и дать ей возможность сокращаться более энергично. При этом, как уже не раз говорилось выше, разрывать пузырь при многоводии следует не в самом маточном зеве, а выше, чтобы истечение околоплодных вод происходило постепенно.

В тех случаях, где абсолютная слабость маточных потуг не зависит от многоводия, рвать плодный пузырь до полного раскрытия зева, по мнению большинства современных акушеров, не только бесполезно, но и вредно. Некоторые старые авторы, а из новейших *van der Hoeven* — высказывают, однако, — как об этом уже говорено было выше, — что разрыв плодного пузыря до полного раскрытия зева при всяком количестве вод хорошо влияет на сокращения матки и ускоряет ход родов. В виду этого *van der Hoeven* советует всегда разрывать плодный пузырь до полного открытия. Правда, это ведет и к некоторым неблагоприятным последствиям, — так, напр., % лихорадок в пуэрперии бывает тем выше, чем раньше разорван resp. лопнул пузырь, — но, с одной стороны, эти невыгоды с избытком компенсируются выгодами, доставляемыми более быстрым ходом родового акта, а с другой — эти невыгоды могут быть уменьшены, если разрывать плодный пузырь, хотя и до полного раскрытия, но не слишком рано, именно, при зеве не менее 2 поп. пальцев (4 сант.). Цитированные выше наблюдения *Малиновского* до известной степени подтверждают взгляд *van der Hoeven*'а, но, конечно, данный вопрос имеет слишком большое практическое значение, чтобы его можно было решать раньше, чем проверка его будет выполнена на обширном материале.

Когда абсолютная слабость родовых сокращений матки стоит в этиологической связи с общим истощением и ослаблением организма матери, то лучшими средствами против нее надо считать укрепляющие — вино, кофе, общие тепловатые ванны и пр.

В остальных случаях при абсолютной слабости применяются средства, вызывающие и усиливающие сократительную деятельность маточной мышцы. Таких средств издавна уже было известно много: сюда относятся прежде всего различные формы механического раздражения, напр., массаж матки чрез брюшные стенки, ходьба роженицы, ведущая к механическому раздражению этого органа, и т. п.; далее, при абсолютной слабости могут быть применены термические агенты, вроде, напр., горячих влагалитных спринцеваний, и электризация; наконец, для устранения разбираемой аномалии издавна предлагались лекарственные средства: хинин, кофеин (*Кацеленбоген*), стрихнин (*Абражанов*), ипекакуана (отвар 1:20 по 25 кап. на прием, или ипекакуановое вино по 12—15 кап. через $\frac{1}{2}$ часа, *Буткевич*) и т. п.

Применявшиеся при абсолютной слабости родовых потуг матки средства до сих пор не удовлетворяли акушеров: они или нередко оставались без эффекта, или же вместо физиологических маточных сокращений вели к возникновению патологических, напр., судорожных схваток, и все представители акушерской науки были озабочены отысканием такого средства против слабости родовой деятельности матки, которому были бы чужды указанные недостатки.

Одно время я думал, что таким средством является жидкая вытяжка из маисовой головки (*extr. fluidum ustilaginis maidis*) — паразитного грибка, родственного спорынья, но только паразитирующего не на ржи, а на маисе. Первые клинические наблюдения над этим средством дали мне очень ободриательные результаты, а произведенные вскоре затем лабораторные исследования *Браунштейна* подтвердили, что в *ustilago maidis* мы имеем средство, вызывающее сокращения матки, притом сокращения, имеющие характер физиологических родовых схваток. В дальнейшем, однако, выяснилось, что средство это далеко не всегда дает желаемый эффект. Во всяком случае оно является гораздо более пригодным для данной цели, чем применяемая некоторыми акушерами (преимущественно английскими) для усиления маточных сокращений спорынья. Конечно, последняя действительно вызы-

вает очень сильные сокращения матки, но сокращения судорожного, тетанического характера, резко отличающиеся от нормальных родовых схваток и весьма неблагоприятно отражающиеся как на состоянии матери (разрывы матки), так и на плоде (асфиксия). Ввиду этого большинство современных акушеров смотрит на применение спорыньи у рожениц, до полного опорожнения матки, как на своего рода акушерское преступление.

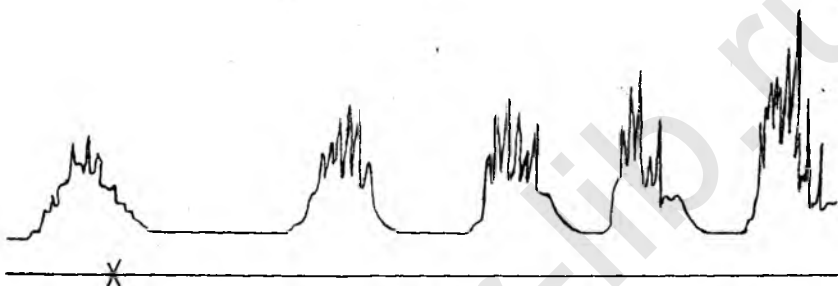


Рис. 465. Физиологическое усиление слабых маточных схваток в период изгнания под влиянием питуитрина (по Малиновскому).

(Крестиком отмечен момент введения питуитрина.)



Рис. 466. Tetanus uteri, вызванный введением питуитрина в периоде раскрытия (по Малиновскому).

В настоящее время мы, повидимому, имеем искомое средство — в виде, т. наз., питуитрина или вытяжки из задней доли мозгового придатка (*hypophysis cerebri*). Действие этого средства на матку у рожениц было изучено в целом ряде работ, среди которых особенно заслуживает внимания, по тщательности примененной методики, работа *Малиновской*, выполненная в заведомой мною клинике. На основании своих исследований *Малиновский* убедился, что питуитрин несомненно является средством, специфически действующим на матку, а именно, усиливающим ее родовые сокращения. Усиливающаяся

под влиянием этого средства родовая деятельность матки, при соответствующей дозировке и при подборе подходящих случаев, до известной степени сохраняет свой физиологический характер. Лучше всего действует питуитрин в периоде изгнания и в конце периода раскрытия; напротив, в начальных стадиях этого последнего периода он проявляет тахіитм своих отрицательных свойств, вызывая иногда настоящий столбняк матки. Для лечебного эффекта достаточно 1 куб. сант. питуитрина под кожу, причем действие средства сказывается уже через 2—10 мин. после впрыскивания и продолжается около 1 часу.

Кроме питуитрина в настоящее время употребляются и другие вытяжки из мозгового придатка: питугандол, вапорол, гипофизин и пр.; действие всех их аналогично действию питуитрина.

Говоря о терапии абсолютной слабости маточных схваток, не мешает сказать несколько слов и о профилактике этой неправильности. Выше уже было упомянуто, что при слабости маточных потуг, стоящей в связи с общим упадком питания, лучшими средствами являются укрепляющие: вино, ванны etc.; у женщин истощенных укрепляющие средства лучше применять профилактически, еще во время беременности. С профилактическими целями против слабости родовой работы матки могут быть применяемы и чисто-лекарственные средства. Так, *Оленин* и *Толмачев* видели очень хорошие результаты от применения с этой целью стрихнина, который, по совету первого из этих авторов, надо давать в последние 6—8 недель пред родами по 0,002—0,0025 2 раза в день, после еды, с недельными перерывами.

При относительной слабости маточных схваток наша терапия должна стремиться главным образом к тому, чтобы устранить причины, благодаря которым достаточно сильные маточные схватки делаются относительно-недостаточными. Так, если относительная слабость зависит от поперечного положения плода, — его надо исправить путем поворота, при головной водянке надо выпустить цереброспинальную жидкость посредством прокола и т. д.

Сейдлер. Об употр. и пользе спорыньи при медл. родах. Вр. Зап. 1829. — *Петухов.* О влиянии хинина на бер. матку и на утр. младенца. Пр. О. Р. В. 1858-9. — *Запольский.* К вопр. о пат. маточных род. сокращений. М. М. Г. 1870. — *Пруссаков.* О влиянии хинина на сокр. матки. Тр. О. Вр. г. Каз. 1872. — *Романский.* Хинин в беременности. Совр. М. 1874. — *Смольский.* О влиянии хлористов. хинина на сокр. матки при родах. Дисс. СПб. 1876. — *Борейша.* Отнош. спорыньи к сос. системе и матке. Дисс. М. 1876. — *Шустов.* Сл. остановки родов. Р. Мед. 1886. — *Груздев.* Маисовая головня, как средство, усил. сокращения матки. Вр. 1894. — *Оленин.* О прим. стрихнина у беременных. Пр. Тамб. М. О. 1894. — *Абражанов.* Сл. прим. стрихнина при слабости род. схваток и стрихн. столбняка у плода. Ж. А. 1895. — *Толмачев.* Стрихнин у беременных. Пр. Тамб. М. О. 1896. — *Браунштейн.* К фармакодинамике stigma maidis и ustilago maidis. Арх. Подв. 1897. — *Каценеленбоген.* Кофеин при слаб. потуг. Отч. Ж. А. 1898. — *Буткевич.* Тер. и фарм. зам. из з. практики. Совр. Тер. 1899. — *Петров.* Слабые род. боли. Ж. А. 1902.

Литература о питуитрине и др. вытяжках из мозгового придатка: *Гентер*, Вр. Г., 1911; *Гусев*, Р. Вр., 1911; *Кланг*, Ж. А., 1911; *Студзинский*, Р. Вр., 1911; *Тигер*, Вр. Г., 1912; *Новиков*, Вр. Г., 1912; *Попандопуло*, Вр. Г., 1912; *Рааб*, Вр. Г., 1912; *Шлапоберский*, Р. Вр., 1912; *Широкова*, Р. Вр., 1912; *Гиненевич*, Р. Вр., 1912; *Проскурякова*, Р. Вр., 1912; *Малиновский*, Р. Вр., 1912; *Калабин*, Пр. Вр., 1912; *Малиновский*, Дисс., Каз., 1913; *Сердобов*, отч. Вр. Г., 1913; *Курдиновский*, Вр. Г., 1913; *Унтилов*, Сб. Поб.; *Эрастов*, Р. Вр., 1913; *Котельникова*, Р. Вр., 1913; *Невзоров*, Вр. Г., 1913; *Каменецкий*, Вр. Г., 1913; *Кутова*, отч. Вр. Г., 1913; *Семковский*, Тер. Об., 1913; *Вачнадзе*, Ж. А., 1914; *Селицкий*, Ж. А. 1914; *Шефтель*, Вр. Г., 1914; *Эволянц*, Вр. Г., 1914; *Балашов*, Ж. А., 1014; *Лозинский*, V С. Р. А.; *Белубекян*, Ж. А. 1915; *Новиков*, Киев. Ун. Изв., 1915.

Чрезмерно-сильные сокращения матки. Вторую неправильность родовой деятельности матки представляет чрезмерная сила сокращений этого органа. В противоположность предыдущей аномалии здесь маточные схватки быстро следуют друг за другом, продолжают значительное время и отличаются своею мощностью. Обычно они имеют место у женщин, хорошо сложенных и хорошо упитанных, и, в сущности говоря, представляют скорее явление желательное, чем нежелательное, — чем энергичнее работает маточная мышца, тем, caeteris paribus, скорее кончаются роды. К невыгодным сторонам чрезмерно-

сильной родовой деятельности матки относится прежде всего то, что роженицы при ней иногда не успевают доехать до родильного дома и разрешаются на улице (уличные роды). Кроме того, на этой почве могут происходить разрывы мягких частей родового канала (особенно наружного зева и промежности), которые не успевают достаточно подготовиться к изгнанию плода. За исключением этих невыгод сильных схватки представляют, повторяю, явление скорее желательное, а потому и никаких мер против них предпринимать не надо.

Львов. К уч. о быстрых родах. М. В. 1881. — *Никитин.* Учение о внезапных родах. В. Общ. Гиг. 1893. — *Родзевик.* Из гин. практики. Р. Мед. 1894.

Чрезмерная болезненность маточных сокращений. Родовые схватки и физиологически сопровождаются болями, нередко сильными, но боли эти все же не должны превышать известного *taedium*'а. В отдельных случаях, однако, родовые боли бывают до такой степени сильны, что превышают всякую меру: роженицы впадают от них в отчаяние, рвут на себе волосы, у некоторых из них на этой почве дело доходит до настоящих психозов. Такая чрезмерная болезненность маточных схваток требует врачебного вмешательства — тем более, что иногда она крайне неблагоприятно отражается на ходе родов: в связи с нею у рожениц развивается абсолютная слабость родовой деятельности матки, и, кроме того, чтобы не усиливать болей, иногда роженицы стараются при ней удерживаться от потужной деятельности брюшного пресса. Врачебное вмешательство при чрезмерной болезненности схваток должно заключаться в применении обезболивающих средств — хлороформа, опия, хлорал-гидрата и т. п., причем здесь может быть повторено все, что нами уже выше было сказано, когда речь шла об обезболивании родов.

Какушкин. Одно из показаний к хлороформированию во время родов. М. Об. 1899. См. также литературу по вопросу об обезболивании родов.

Судорожные сокращения матки. Четвертую и последнюю аномалию, принадлежащую к разбираемой категории, со-

ставляют судорожные сокращения матки. Как уже неоднократно упоминалось выше, сокращения эти отличаются от нормальных схваток своею чрезмерною продолжительностью и отсутствием пауз, — маточная мышца, раз сократившись, затем долгое время не расслабляется, по крайней мере вполне (*tetanus uteri*), причем спазм ее сопровождается непрерывною болью.

На какой почве возникают судорожные сокращения матки у рожениц, — это мы уже отчасти знаем: одною из причин их является несвоевременное назначение препаратов спорыньи. Еще чаще судорожные потуги являются результатом механического раздражения матки, напр., при чересчур усердном выжимании плода по *Kristeller*'у, при частом и грубом внутреннем исследовании рожениц и т. п. Чаще всего, однако, в практике судорожные сокращения возникают самопроизвольно, в тех случаях, где родовой акт встречает какие-либо препятствия или со стороны организма матери (узкий таз), или со стороны плода (поперечное положение, головная водянка). В подобных случаях родовая деятельность матки сначала имеет обычно нормальный характер, но затем, по мере затягивания родового акта, сокращения матки принимают все более и более выраженный судорожный тип.

На какой бы почве ни возникали судорожные сокращения матки, во всяком случае они представляют собою весьма серьезное осложнение родов как для матери, так и для плода. Во время каждой маточной схватки, даже и нормальной, плод испытывает известную степень кислородного голодания, так как в это время уменьшается просвет сосудов, приносящих артериальную кровь к плаценте. Когда, однако, родовые сокращения матки имеют нормальный характер, плод во время пауз успевает оправляться, при судорожных же сокращениях, т. е. при отсутствии пауз, у него наступает все прогрессирующая асфиксия, в конце концов кончающаяся смертью. Что касается матери, то *tetanus uteri*, по воззрению большинства авторов, является моментом, играющим важную роль в происхождении разрывов матки. Как известно, по теории *Schroeder*'а лишь верхний сегмент маточного тела играет активную роль в процедуре родов, нижний же сегмент, вместе с шейкой играет

пассивную роль, — мышцы его не сокращаются во время схваток, а, напротив, растягиваются, причем, чем энергичнее сокращается верхний сегмент, тем значительнее бывает выражено и растяжение нижнего сегмента. При судорожных схватках состояние мышц верхнего сегмента можно рассматривать, как состояние постоянного и притом максимального сокращения; соответственно этому нижний сегмент находится в состоянии постоянного растяжения. В конце концов истонченная стенка нижнего сегмента может не выдержать прогрессирующего растяжения и лопается.

Распознавание судорожных сокращений матки очень нетрудно. Уже при опросе больной оказывается, что роженица не ощущает характерных для родового акта перемежающихся болей, а чувствует непрерывную боль в животе. Далее, при осмотре живота роженицы иногда можно бывает подметить т. наз. кольцо сокращения — перетяжку на границе между сокращенным верхним и растянутым нижним сегментами; чем дольше сокра-

тительная деятельность матки носила судорожный характер, тем обыкновенно резче бывает выражена эта перетяжка, придающая матке бисквитообразную форму, и тем выше она располагается. Иногда эту перетяжку нельзя бывает подметить при простом осмотре живота роженицы, но можно бывает определить ощупыванием, причем последнее при судорожных потугах позволяет исследующему констатировать и непрерывную твердость стенок верхнего сегмента.



Рис. 467. Вид живота у роженицы с судорожными потугами (полусхематично).

Граница между сильно растянутым нижним сегментом и судорожно сокращенным верхним сегментом маточного тела, или т. наз. кольцо сокращения, настолько резко выражена, что заметна уже при первом взгляде на живот роженицы, причем стоит она высоко, поблизости пупка.

Терапия судорожных потуг различна в зависимости от причины их возникновения. Если они развились вследствие несвоевременного назначения

спорыньи, то нужно прекратить дачу этого средства; если зависят от механического раздражения матки при исследовании и пр., то нужно, хотя временно, воздержаться от последнего; если возникли на почве чрезмерной продолжительности родов, то следует позаботиться об устранении препятствий, тормозящих акт родов. Когда причина судорожных потуг будет устранена, то сокращения матки сами мало по малу могут принять физиологический характер, причем для ускорения этого роженице могут быть назначены те же средства, что и при чрезмерной болезненности потуг, т. е. хлороформ, морфий и т. п.

Маевский. О действии хлороформа на спазмодич. сокращения матки во вр. родов. Пр. Вил. М. О. 1878. — *Мацокин.* Tetanus uteri etc. Р. Мед. 1890.

б) Аномалии деятельности брюшного пресса при родах.

Слабость потуг брюшного пресса. Из числа неправильностей работы брюшного пресса у рожениц заслуживает упоминания, по своему практическому значению, лишь слабость потужной деятельности этого аппарата, которая может возникнуть на почве или анатомических, или функциональных причин. Анатомическими причинами этой аномалии чаще всего являются: недостаточное развитие брюшных мышц, чрезмерное ожирение брюшных стенок, сильное растяжение их под влиянием многократных беременностей, бывших ранее беременностей двойнями, беременностей, осложненных *hydramnion*'ом и пр., главной функциональной причиной — усталость мышц брюшных стенок, наблюдаемая нередко у рожениц, которые, чтобы поскорее разрешиться, начинают не во-время (еще в периоде раскрытия) тужиться.

Если в силу тех или других причин брюшной пресс у роженицы оказывается не в состоянии работать, как следует, тогда лучше всего заменить эту недостающую изгоняющую силу силой, приложенной искусственно, в форме, напр., выжимания плода по способу *Kristeller*'а.

Б. Аномалии мягких частей родового канала.

Вторую группу неправильностей организма матери, более или менее значительно сказывающихся на течении родового акта, составляют различные аномалии мягких частей полового канала у рожениц. По своей патолого-анатомической натуре аномалии эти могут быть разделены на несколько подгрупп, причем на первом плане, по своему практическому значению, может быть поставлена подгруппа, обнимающая

а) Рубцовые сужения женского полового канала.

Сужения эти могут возникать, во-первых, в зависимости от несчастных случайностей — ожогов и т. п. Иногда, далее, они являются результатом преступных манипуляций, производимых с целью изгнания плода, изуродования женщины и пр. Очень сильные рубцовые сужения могут, затем, возникнуть на почве родовой травмы, а также язвенных, сопровождающихся омертвением тканей, процессов в наружных половых частях, рукаве и маточной шейке, особенно же на почве паравагинальной флегмоны (*paravaginitis phlegmonosa dissecans*): при этом заболевании иногда вся рукавная трубка сплошь омертвевает, отторгается, и на месте ее получается рубцовый тяж, иногда с очень узким каналом в середине. Наконец, рубцовые изменения стенок полового канала могут развиваться, благодаря врачебным мероприятиям, как законным, так и незаконным.

Несколько лет тому назад в Казанской акушерско-гинекологической клинике лежала больная татарка, которой деревенская знахарка для устранения бесплодия вводила в рукав какое-то столь едкое вещество, что результатом ее „лечения“ была полная рубцовая облитерация рукава и маточной шейки с образованием пузырно-рукавного свища.

Иногда впрочем и дипломированные врачи оказываются виновны в происхождении рубцовых стриктур женского полового канала. Особенно часто ведет к ним неправильное лечение т. наз. эрозий влагалищной части, — иногда для заживления этих эрозий употребляют настолько сильные

прижигающие средства (напр., ляпис *in substantia*), что на месте эрозии получается дефект ткани, язва, заживающая рубцом.

В большинстве случаев рубцовые сужения полового канала возникают до начала той беременности, во время которой они обнаруживаются. Иногда, однако, происхождение сужений должно быть отнесено ко времени последней беременности, или за время ее стриктура значительно прогрессирует, ведя иногда к полной непроходимости полового канала. Один такой случай полной непроходимости у беременной пришлось наблюдать в своей практике мне, другие описаны в литературе *Войналовичем, Кедровой* и др.

Влияние рубцовых сужений полового канала на родовой акт является, понятно, различным в зависимости от степени сужения, его локализации, распространенности и т. д. В некоторых случаях сужение бывает настолько значительно и неподатливо, что роды *per vias naturales* делаются совершенно невозможными; в других наличие сужения ведет лишь к затяжному течению или периода раскрытия, или периода изгнания, или того и другого вместе. При этом, конечно, сужение маточного зева, внутреннего или наружного, будет преимущественно тормозить раскрытие матки, сужения рукава — замедлять изгнание плода, сужение половой щели — затруднять прорезывание головки.

Что касается терапии, то, если рубцовое сужение выражено несильно, и рубец еще свеж и податлив, то нужно постараться, чтобы роды произошли *per vias naturales*. Для этого иногда бывает достаточно ограничиться применением у беременной теплых спринцеваний, которые делают ткани полового канала более эластичными и растяжимыми. В других случаях придется прибегать к рассечению и иссечению рубца. У тех больных, наконец, где рубцовые изменения слишком значительны, — где, напр., весь рукав превращен в узкий рубцовый ход, единственно возможным способом родоразрешения оказывается кесарское сечение.

Помимо операций, имеющих целью образование удобного пути для родоразрешения, при рубцовых сужениях полового канала иногда необходимо бывает прибегать и к операциям

объектом которых является плод. Опыт показывает, что в некоторых случаях естественных изгоняющих сил оказывается недостаточно, чтобы роды могли состояться здесь силами природы; если в таких случаях не будет применена посторонняя сила, то развивается нечто вроде missed labour, — после напрасных усилий вытолкнуть ребенка матка прекращает свою работу, плод умирает и, оставаясь в полости матки, подвергается обычно мацерации. При живом плоде в качестве добавочной посторонней силы, которая помогает плоду преодолеть сопротивление со стороны стриктурированного полового канала, фигурирует обычно извлечение плода — или за ножки (без и после предварительного поворота), или щипцами. Если же плод мертв, а сужение полового канала выражено резко, то сначала приходится позаботиться об уменьшении его головки путем перфорации, а потом уже об извлечении его при помощи краниокласта.

Арендт. Сл. заращения влагалища. Др. З. 1852. — *Эриардт.* Сл. беременности при непроходимости м. рукава. М. М. Г. 1860. — *Хилецкий.* К уч. о заращении м. рукава, разрезанного при родах. Пр. Мин. М. О. 1870-71. — *Березский.* Роды при сов. заращении рукава. Вр. 1880. — *Львов.* К каз. мех. затруднений род. акта всл. приобр. сужений рукава. М. В. 1882. — *Рунге.* К вопр. о перфорации недонош. плодов при рубц. сужениях влагалища. Р. Мед. 1885. — *Суровцев.* Сл. трудн. родов при рубц. сужении влагалища. М. Об. 1885. — *Бабанасяну.* К каз. рубц. сужения влагалища. Н. Б. 1887. — *Войналович.* Роды при полн. заращении шейки матки. Вр. 1894. — *Эберлин.* Роды при заращении рукава. Ж. А. 1896. — *Порошин.* Сл. берем. и родов, осл. рубц. сужением рукава. Ж. А. 1897. — *Собестуанский.* Сл. рубц. сужения влагалища во вр. родов. Пр. Кавк. М. О. 1899-1900. — *Михайлов.* Сл. родов при рубц. сужении влагалища. Тр. О. Вр. Рост. и Нах. 1900-1901. — *Балашов.* Сужения влагалища в ак. практике и пособия при них. Отч. Р. Вр. 1903. — *Муратов.* Atresia vaginae etc. Ж. А. 1906. — *Потеевко.* Кес. сечение при рубц. сужении влагалища. Ж. А. 1908. — *Прозоровский.* Рубц. сужение вн. зева при родах. Отч. Р. Вр. 1909. — *Груздев.* Полная атрезия рукава во вр. беременности. Пр. В. 1910. — *Севрюгов.* Заращение влагалища во вр. беременности у сифилитички. Ж. А. 1815. — *Кедрова.* Сл. гематомы и атрезии шейки в перв. половине беременности. Ж. А. 1915. — *Вачнадзе.* Стенозы мягких родовых путей и пр. Ж. А. 1915.

б) Ригидность мягких частей родового канала.
Conglutinatio orificii externi.

От нерастяжимости родового канала, зависящей от рубцовых изменений его стенок, надо отличать нерастяжимость канала в зависимости от ригидности его тканей, утраты последними своей эластичности. Ригидность эта обычно наблюдается у пожилых первородящих, а также у женщин, долгое время страдавших хроническими воспалительными процессами в маточной шейке и др. отделах полового канала. Резче всего она бывает выражена, большею частью, в области наружного маточного зева и в области *rimae pudendi*, причем в области наружного зева наиболеею ригидностью отличается, повидимому, узкое кольцо ткани, непосредственно окружающее просвет *orificii externi*.

Именно на почве ригидности наружного зева, по мнению некоторых акушеров, а по мнению других — на почве склеивания нижнего отрезка плодного пузыря со стенками цервикального канала развивается иногда у рожениц своеобразное явление, известное под названием *conglutinatio orificii uteri externi*. Явление это состоит в том, что наружный зев у роженицы, несмотря на энергичную родовую деятельность матки, не обнаруживает никакой склонности раскрываться, хотя внутренний зев является уже вполне раскрытым, стенки цервикального канала — сильно растянутыми и головка плода — глубоко стоящею в тазу. Практическое значение разбираемой аномалии заключается в том, что, при не особенно тщательном исслед-



Рис. 468. *Conglutinatio orificii externi* (по Jentzer'y).

довании, растянутые стенки шейки можно принять за плодный пузырь и распознать полное раскрытие зева там, где нет никакого раскрытия.

В одном случае я был приглашен товарищем-специалистом для наложения щипцов у роженицы, которая не могла разрешиться, несмотря на то, что полное раскрытие зева у ней наблюдалось уже яко бы несколько часов. При исследовании я нашел головку стоящую очень низко в тазу и обтянутою оболочкой, с первого раза действительно напоминавшей плодный пузырь. Краев зева первоначально определить я не мог. Дальнейшее обследование, однако, убедило меня, что головка обтянута крайне истонченными стенками цервикального канала, а наружный зев, в виде небольшой ямочки, находится на обращенном кзади отрезке головки.

Терапия конглютинации заключается в том, что в зев вводят конец маточного зонда и отслаивают им стенки цервикального канала от плодного пузыря. Обыкновенно вскоре после этого зев начинает быстро раскрываться, а затем наступает и изгнание плода.

В большинстве случаев, однако, ригидность наружного зева ведет лишь к известному замедлению периода раскрытия. Чтобы ускорить последнее, можно попробовать сделать ткани влажной части более эластичными при помощи теплых спринцеваний; если же эта мера не поможет, — некоторые советуют надрезать ножницами боковые края наружного зева приблизительно на $\frac{1}{2}$ -сант. в ту и другую сторону: выше уже было отмечено, что при ригидности зева плохо растяжимой является лишь узкая внутренняя кайма ткани, обрамляющая самый просвет зева, и, раз она разрезана, раскрытие продолжается дальше без помех.

Кроме наружного зева влияние ригидности тканей на ход родов сказывается у пожилых перворожениц и со стороны стенок рукава, особенно же — со стороны тканей, окружающих *rima pudendi*. На этой почве может происходить, с одной стороны, задержка в прорезывании головки, с другой — часто возникают разрывы промежности. Чтобы сделать стенки рукава

более растяжимыми, можно опять-таки прибегать к теплым спринцеваниям, при ригидности же тканей вульварного кольца являются показанными надрезы его (профилактическая эпи-зиотомия).

В разбираемую группу препятствий для родов может быть отнесена также чрезмерная неподатливость девственной



Рис. 469. Выпячивание плодного пузыря через неповрежденное отверстие девственной плевы при родах (по Ahlfeld'у).

плевы. Описаны случаи, где девственная плева оказывалась настолько плотною, что не разрывалась *sub coitu* и оставалась целою до самого изгнания плода. Если предоставить разрыв такой плевы напиранию головки, то могут получиться обширные повреждения с сильным кровотечением. Лучше поэтому в подобных случаях заблаговременно производить гименотомию — крестообразный разрез плевы ножницами.

Воскресенский. Hypertrophia p. vaginalis et cervicis uteri. Харьк. 1881. — *Вастен.* Неск. слов о приготовлении к родам старых первобеременных. Ж. А. 1893.

в) Пороки развития женского полового канала.

Вопрос о том, какое влияние оказывают на роды пороки развития матки и др. половых органов женщины, был уже отчасти затронут выше, в отделе, посвященном патологии беременности. Далее, в числе аномалий изгоняющих сил была отмечена слабость маточных сокращений, являющаяся результатом инфантилизма и некоторых удвоений матки. Таким образом здесь нам остается еще сказать лишь несколько слов о тех чисто-механических препятствиях, какие возникают для родов при наличии некоторых пороков развития полового канала, особенно при наличии в рукаве перегородок, являющихся результатом неполного раздвоения. Серьезного препятствия для прохождения плода перегородки эти обычно не представляют — тем более, что во время беременности они становятся растяжимыми и могут быть отведены в сторону. Иногда, однако, они все же до известной степени мешают изгнанию плода, а иногда разрываются под напором головки, давая сильное кровотечение. Лучше поэтому заблаговременно иссекать их после предварительной перевязки.

Андреев. Могут ли известные пороки развития влагалища служить серьезным препятствием во время родов? Вр. 1884. — *Шлезингер.* К каз. пороков развития влагалища. Вр. 1884. — *Федоров.* Врожденные перепончатые стенозы влагалища, как причина осложнений родового акта и пр. Ж. А. 1888. — *Финкель.* Переп. стеноз влагалища, как причина затруднения род. акта. Пр. Киев. А. О. II. — *Шанявский.* Сл. vaginae septae supra simplex, сост. препятствие для родов. М. Об. 1892. — *Эберлин.* Два сл. порока развития ж. пол. органов. М. Об. 1892. — *Клейман.* Сл. влаг. перегородки, послуж. препятствием во вр. родов. Пр. Киев. А. О. VII.

г) Опухоли женского полового канала и соседних органов.

Фибромиомы матки. Среди опухолей тазовых органов наибольшее значение в патологии родов бесспорно имеют фибромиомы матки. Выше уже было сказано, что, с одной

стороны, опухоли эти оказывают известное влияние на ход беременности, а с другой — что они сами испытывают ряд изменений под влиянием беременности. Влияние их на родовой акт сводится главным образом к тому, что, во-первых, суживая просвет малого таза, они создают иногда непреодолимое препятствие для рождения ребенка *per vias naturales*, а во-вторых, вызывая абсолютную слабость родовых потуг, они затягивают процесс родов вообще. Как первый, так и второй эффект фибромиом зависит не столько от их величины, сколько от положения: даже и об'емистая субсерозная фибромиома служит меньшею помехою для родов, чем опухоль в 10 раз меньшая, но сидящая в малом тазу. Кроме того при фибромиомах матки нередко наблюдаются задержка последа и атонические кровотечения как в последовом периоде, так и вскоре после родов.

До какой степени могут затягиваться роды при фибромиомах матки, — свидетельствует случай, описанный *Васильевым*, где роды длились 6^{1/2} суток, хотя в конце концов и окончились благополучно как для матери, так и для плода.

В свою очередь и родовой акт не остается без влияния на фибромиомы матки, которые после него относительно часто подвергаются инфекции, нагноению, гнилостному размягчению и пр. При этом и здесь большое значение имеет их положение, — на субмукозных фибромиомах это влияние родов и пуэрперия сказывается чаще и в большей степени, чем на межучочных, на межучочных чаще и в большей степени, чем на субсерозных. Впрочем наряду с неблагоприятным влиянием родового акта и пуэрперия на фибромиомы следует отметить и благоприятное, — после родов фибромиомы обычно подвергаются обратному развитию, а иногда и совершенно исчезают.

Першин описал случай, где во время родов у женщины имела место настолько об'емистая фибромиома, что пришлось прибегнуть к кесарскому сечению, а спустя 7^{1/2} месяцев от опухоли не осталось и следа. Случаи такого же исчезновения фибромиом матки после родов наблюдались *Калабиным* и др.

Акушерская помощь, которую приходится оказывать при родах, осложненных фибромиомами матки, является крайне разнообразною в зависимости от положения опухолей, их величины, подвижности и пр. Иногда опухоль, при первом исследовании кажущаяся сидящей в малом тазу и не допускающей родов *per vias naturales*, на самом деле может быть вытолкнута в большой таз (в случае нужды — под наркозом, как это было в одном случае *Лебедева*), — тогда родовой акт протекает совершенно благополучно. Иногда фибромиому, исходящую из шейки, всего выгоднее бывает удалить со стороны рукава, предоставив затем роды естественному течению. Нередко, однако, единственное, что остается сделать для спасения ребенка, — это произвести кесарское сечение, после которого можно или энуклеировать миоматозные узлы, сохранив матку, или ампутировать последнюю, или, наконец, экстирпировать целиком. Выбирая тот или другой вид вмешательства в зависимости от особенностей каждого данного случая, врач должен иметь в виду, что в очень большом проценте роды при фибромиомах совершаются силами природы без всякого вреда для плода и матери, или же их можно бывает кончить при помощи таких видов акушерского вмешательства, как поворот, извлечение и т. п. Инфицированные фибромиомы у рожениц лучше удалять, конечно, чрез рукав.

Горвиц. Об осложнении род. состояния фибр. полипами матки. М. М. Г. 1868. — *Толочинов.* Роды при фиброидах матки. М. М. Г. 1869. — *Алексеев.* К вопр. об опухолях шейки матки, осл. родовой акт. М. Вр. В. 1873-4. — *Горецкий.* Сл. уклонения от нормы механизма родов и послерод. кровотечения при фибр. матки. Пр. О. Од. Вр. 1880. — *Красина.* Сл. самор. обратн. развития фибромиомы матки после родов. Вр. 1881. — *Пиотрович.* К каз. фибромиом бер. матки. Пр. СПб. Мед. О. 1885. — *Урвич.* Сл. удаления подслиз. фибромиомы в родах. Ж. А. 1887. — *Чунихин.* Сл. родов, осл. фибромиомой шейки и тела матки. Ж. А. 1888. — *Васильев.* Сл. родов, прод. 6¹/₂ суток и пр. Ж. А. 1888. — *Бацевич.* Роды, осл. фибромиомами. Ж. А. 1889. — *Сутугин.* К вопр. о леч. при бер. и родах, осл. фибромиомами, стесн. полость м. таза. Вр. 1891. — *Барщиковский.* Сл. родов, осл. разрывом матки и опухолью в м. тазу. Ю. М. Г. 1892. — *Лебедев.* Отч. Вр. 1892. — *Фраткин.* К вопр. о пособиях при осл. бер. и родов миомами матки. Хир. В. 1892. — *Орлов.* К

вопр. о леч. бер. и родов при фибр. опухолях матки, стесн. полость м. таза. Вр. 1893. — *Живописцев*. К вопр. о вл. родов и послерод. периода на фибр. опухоли матки. Б. Г. 1894. — *Иванов*. К вопр. о родах, осл. фибромиомами матки. Ж. А. 1894. — *Муратов*. К леч. подслиз. и меж. фибр. опухолей матки в послер. периоде Ж. А. 1894. — *Михельсон*. Сл. родов при фибромиоме матки. Пр. О. Мор. В. в Кр. 1895-б. — *Захарьевский*. Фибромиома матки, удал. непоср. после родов. Дн. О. Пр. при Каз. У. 1897. — *Фогель*. К каз. осложн. родов и послерод. п. субмук. миомами. Ж. А. 1899. — *Побединский*. К вопр. о леч. бер. и родов, осл. фибромиомами матки. Ж. А. 1899. — *Першин*. К вопр. о миомах матки при берем. Дн. О. В. при Каз. У. 1899. — *Юрасовский*. Инт. сл. бер. и родов при fibr. ut. multiplex. Тр. Моск. А. О. 1899. — *Калабин*. Фибромиома и беременность. Вр. 1901. — *Личкус*. Кес. сеч. ради зашеечной ф. Р. Вр. 1905. — *Кузьмин*. Об опух. выхода таза, как преп. для родов. М. Об. 1913. — *Столыпинский*. Уклонения в р. акте под вл. миом. Ж. А. 1913. — *Китнер*. Сл. кес. сеч. и пр. Ж. А. 1914. — *Бекман*. Сл. кес. сеч. по пов. ретроцerv. миомы. Отч. Ж. А. 1916.

Рак матки. В виду того, что рак матки у беременных локализуется исключительно в шейке, — cancer cavi uteri большею частью исключает самую возможность беременности, — заболевание это сказывается главным образом на ходе первого периода родов: раскрытие шейки, стенки которой изъедены и инфильтрированы раком, затягивается, нередко шейка при этом рвется, причем разрывы сопровождаются сильным кровотечением, и пр. Все эти осложнения родового акта отражаются не только на состоянии матери, но и на ребенке. Далее, так как раковая опухоль шейки сплошь и рядом является гнездом ихорозного распада, то в послеродовом периоде раковые больные нередко становятся жертвами тяжелого сепсиса.

Относительно терапии родов при раке шейки надо руководиться теми же принципами, какие выше были указаны для случаев рака у беременных, т. е., если мы имеем дело с раком, доступным для радикальной операции, не запущенным, то должны избрать такой вид оперативного вмешательства, который одинаково обеспечивал бы и интересы матери, и интересы плода; если же рак у роженицы уже распространился за пределы матки и недоступен для радикального вмешательства, то

мать является обреченною на гибель, и врачу надо позаботиться по крайней мере о сохранении ребенка. При современном положении науки лучше всего у рожениц с операбельным раком шейки прибегать к кесарскому сечению, после которого тотчас же производить расширенную абдоминальную экстирпацию матки, у рожениц же с запущенным раком — ограничиваться кесарским сечением, после которого испробовать лечение радием, — если таковой, конечно, имеется в распоряжении врача, в противном же случае ограничиться паллиативным лечением.

Снегирев. Сл. кес. сеч. при раке матки. Пр. М. Ф.-Мед. О. 1881. — Красовский. Два сл. кес. сеч., произв. по сп. Porro. Ж. А. 1888. — Докушевская. Сл. влаг. вырезывания матки на 13-й день п. родов etc. Ж. А. 1894. — Абрамович. Сл. родов, осл. раком м. шейки. Ежен. 1899. — Побединский. Кес. сеч. и удаление матки, пор. раком. Хир. 1899. — Штраух. Сл. полной экстирпации матки чрез влагалище непосредственно после родов по пов. рака вл. части. Ж. А. 1900. — Грауэрман. Роды, осл. carcinoma colli uteri inoperabile. Отч. Пр. В. 1904.

Другие опухоли матки и соседних частей. Иногда роды осложняются и другими опухолями матки помимо фибромиом и раков (Бриль, напр., наблюдал случай осложнения их эхинококками, сидевшими в толще маточной стенки), но такие случаи принадлежат к исключительным редкостям. Зато не составляет особенной редкости осложнение родов опухолями маточных придатков, особенно яичников, — иногда плотными, но чаще кистовидными (см. рис. 409). Осложнение это иногда ведет к чрезвычайно тяжелым последствиям как для матери, так и для плода. Помимо структуры опухолей здесь, как и при фибромиомах матки, имеет значение не столько величина их, сколько положение и подвижность. Даже очень об'емистая, напр., киста яичника, сидящая на ножке и располагающаяся в большом тазу, может несколько не мешать родовому акту, и, наоборот, даже небольшая плотная опухоль может сделать совершенно невозможным родоразрешение per vias naturales, если она неподвижно располагается в малом тазу.

Если опухоли придатков иногда оказывают значительное влияние на ход родового акта, то и обратно — последний не

остаётся без влияния на них. Во время самых родов может произойти ущемление опухолей и лопание их, — иногда с последующим острым перитонитом (сл. *Маевского*), а после родов — перекручивание ножки опухолей с его последствиями: воспалением брюшинного покрова опухолей, их омертвением, нагноением и пр.

Что касается терапии опухолей придатков у рожениц, то в общем здесь можно повторить то же, что выше было сказано относительно фибромиом матки. Разница лишь в том, что опухоли придатков в большинстве случаев имеют кистовидное строение и потому, в случае нужды, нередко могут быть уменьшены в объёме путем прокола, чего нельзя сделать с фибромиомами матки. Но и к проколу следует прибегать лишь тогда, когда кистовидная опухоль, положим, яичника не может быть вытолкнута из малого таза в большой. Если, наконец опухоль придатков не может быть не только смещена, но и опорожнена посредством прокола, тогда остаётся или извлечь ребенка посредством кесарского сечения и тотчас вслед за этим удалить опухоль *per abdomen*, или сначала удалить опухоль через рукав, а потом либо предоставить роды их естественному течению, либо насильственно извлечь ребенка, но только *per vias naturales*.

Реже, чем опухоли придатков, в качестве помехи для изгнания плода фигурируют опухоли влагалищной стенки; так как они нередко имеют кистовидное строение, то и устранить эту помеху проще всего путем прокола, при плотных же опухолях влагалища, напр. фибромиомах, надо вылущить опухоль, после чего роды могут произойти естественным путем.

Кроме новообразований, исходящих из различных частей женской половой сферы, прохождение ребенка чрез малый таз может встречать препятствия в опухолях, исходящих из других тазовых органов. *Липинскому*, напр., в одном случае пришлось прибегнуть к кесарскому сечению вследствие сужения просвета тазового кольца дермоидом, развившимся в тазовой клетчатке; *Першин* и *Гусаков* описали случаи осложнения беременности и родов эхинококками малого таза, *Львов* — случай затруднения родового акта, благодаря раковой

опухоли мочевого пузыря, и пр. Сюда же могут быть отнесены случаи, где роды затруднялись вследствие наличия камней в мочевом пузыре (случаи *Гуенбергера* и *Абрамовича*), заматочной кровяной опухоли (случай *Шостака*) и т. д. Наконец, надо иметь в виду, что в отдельных случаях большою помехою для родов могут послужить скопления кала в толстых кишках, достигающие наивысшей степени при т. наз. болезни *Hirschprung'a* (*Megacolon congenitum*). Классический пример подобного рода не так давно был описан одним французским акушером, который, будучи приглашен к одной, не могшей разрешиться, роженице, нашел, что причина затруднения родов лежит в об'емистой, очень плотной опухоли, занимавшей малый таз. Убедившись, что эта опухоль представляет собою ничто иное, как скопление кала, он начал удалять последний железной ложкой, причем набрал полных 2 ночных горшка плотных фекальных масс. Затем он дал пациентке большую дозу слабительного, и после того, как ее прослабило 22 раза, опухоль совершенно исчезла, а роды быстро пришли к нормальному концу. Несколько похожий случай описан *Ястребовым*, сделавшим кесарское сечение у роженицы, малый таз которой был занят, с одной стороны, огромным скоплением кала (около 3 литров) в нижних отрезках кишек, а с другой — об'емистым (вес 480 грм.) камнем мочевого пузыря.

Гуенбергер. К каз. осложнений род. акта моч. камнями. Отч. М. Восп. Д. 1876. — *П. П.* Серозная киста во влагалище во вр. родов. В. Вед. 1879. — *Бриль*. Сл. родов, осл. присутствием эхинококков в толще мат. стенки и в Дугл. пространстве. Вр. 1882 — *Баскин*. Гранулема влагалища у беременной. М. В. 1884. — *Львов*. Затр. родов всл. новообразования в стенках моч. пузыря. Р. Мед. 1886. — *Маевский*. Роды, осл. кистов. перерождением яичника, кончившиеся смертью всл. разрыва кисты и острого перитонита. Пр. Вил. М. О. 1887. — *Першин*. *Echinococcus retroperitonealis* etc. Дн. О. Вр. при Каз. У. 1889. — *Ястребов*. О консерв. кес. сечении Ж. А. 1891. — *Левицкий* и *Голоцкий*. Овариотомия чрез пр. кишку во вр. родов. Пр. Киев. А. О. 1898. — *Липинский*. Сл. родов, осл. присутствием дерм. кисты в клетчатке таза. Пр. О. В. Мог. Г. 1899. — *Шостак*. К происх. зам. кров. опухоли, посл. препятствием род. акту. Вр. 1901. — *Самин*. К вопр. об осложн. беременности и родов кистой яичника и пр. М. Об. 1913. —

Гусаков. Зашеечный внебр. эхинококк, как препятствие для произв. родов. Вр. Г. 1913. — *Абрамович.* Камень моч. пузыря, как препятствие при родах. Ж. А. 1916.

В. Аномалии таза.

Тазовое кольцо, с нормальными размерами которого мы познакомились в своем месте, может представлять двоякого рода уклонения от нормы: или размеры его могут быть больше обычных — чрезмерно - широкий таз, или, напротив, его размеры, все или только некоторые, могут быть меньше нормы — узкий таз.

а) Чрезмерно-широкий таз.

Так как при этой аномалии таза сопротивление, которое встречает, во время родов, плод со стороны тазового кольца матери незначительно, то данная аномалия и не имеет большого значения в патологии родов. Родовой акт у женщин с чрезмерно широким тазом протекает даже благоприятнее обычного — скорее и легче. Механизм родов, правда, при таком тазе сравнительно нередко представляет отклонения от нормы, напр., здесь относительно часто наблюдаются вставление головки в прямом размере входа, низкое поперечное стояние ее и т. п., но именно при значительных размерах тазового кольца отклонения эти не ведут ни к каким вредным последствиям ни для матери, ни для ребенка. Относительно часто при данной аномалии встречаются и чересчур быстрые роды, в том числе и уличные.

По данным *Гусева* вес и размеры детей у женщин с чрезмерно широким тазом всегда выше нормы, чем до известной степени уравнивается понижением сопротивления, встречаемого плодом при родах со стороны тазового кольца.

К категории чрезмерно широких тазов могут быть скорее отнесены и т. наз. расщепленные тазы, обычно в учебниках акушерства разбираемые среди узких тазов. В тазах этих симфиз отсутствует, горизонтальные ветви лонных костей отделены друг от друга промежутком, и тазовое кольцо спереди оказывается незамкнутым. Обычно расщеплению таза сопутствуют дефекты брюшной стенки, эктопия мочевого пузыря, уродства наружных половых частей с характером

эписпадии, иногда — выпадение матки. Крестец в расщепленном тазу обыкновенно стоит низко и представляется сильно наклоненным кпереди. Так как при этой аномалии тазовое кольцо является незамкнутым, то значительных препятствий при родах оно представлять не может, а потому и практическое значение данной аномалии таза в патологии родов невелико.



Рис. 470. Расщепленный таз (по Левицкому).

Для сравнения на этом рисунке, как и на всех последующих, патологический таз изображен вместе с нормальным, контуры которого отмечены частью белым, частью пунктиром, тогда как патологический таз представлен заштрихованным.

Гинзбург. О расщепленном тазе с выворотом моч. пузыря у многорожавшей женщины. М. М. Г. 1873. — *Маевский.* История бол. женщины, страдавшей дефектом рукава и пер. стенки моч. пузыря. Пр. Вил. М. О. 1874. — *Левицкий.* Расщепленный таз. Ж. А. 1895. — *Кроль.* Дем. больной с расщепл. тазом и выворотом моч. пузыря. Пр. Киев. А. О. 1896. — *Писемский.* Расщепленный таз. Юб. Сб. в пам. XXV-летия Киев. А. О. — *Гусев.* Роды при обширном тазе. V С. Р. А.

б) Узкий таз.

Частота, этиология и классификация. В противоположность чрезмерно широкому тазу узкий таз бесспорно является самым серьезным из осложнений родового акта, — таким осложнением, которое зачастую грозит опасностью не только здоровью, но и самой жизни и матери, и плода, и которое нередко заставляет

врача-акушера прибегать к наиболее сложным формам оперативного вмешательства. Значение узкого таза в акушерской патологии тем более велико, что эта аномалия таза встречается чрезвычайно часто, — в 14—20% всех случаев.

Соглашаясь в том, что весьма значительное число взрослых женщин имеют тазы с размерами меньше нормальных, различные представители акушерской науки вообще и русского акушерства в частности весьма различно, однако, определяют частоту узких тазов в цифрах. Зависит это от разницы признаков, на основании которых данный таз относится к числу узких. Некоторые авторы определяют узкие тазы по величине *S. ext.*, относя в эту категорию те, где последняя равняется 18 сант. и меньше. Другие — и большинство — руководятся при этом величиною *S. v.*, причем среди них принимают за предел, разграничивающий узкие тазы от нормальных, длину *S. v.* в 10 сант., другие — в $9\frac{1}{2}$ сант., третьи — в $9\frac{1}{2}$ сант. для плоских тазов и в 10 — для общесуженных. Разумеется, тазы, величина истинной конъюгаты в которых превышает указанные цифры, считаются нормальными не анатомически, ибо с анатомической точки зрения нормальным тазом взрослой женщины является лишь такой, в котором прямой размер входа не меньше 11 сант., а функционально, — у женщин с такими тазами роды, при прочих нормальных условиях, протекают вполне правильно, и, в частности, существующее небольшое сужение нисколько не отражается на их механизме.

Рейн, собрав данные о числе узких тазов у 55000 беременных, лежавших в 12 акушерских клиниках и других родовспомогательных учреждениях России, нашел, что валовой % узких тазов в отдельных учреждениях колебался от 13,5% до 17,7%; если, однако, относить к узким тазам лишь те, в которых *S. v.* равняется $9\frac{1}{2}$ сант. и меньше при нормальном поперечнике и 10 сант. при суженном поперечном размере, то таких тазов в материале *Рейна* окажется лишь 2205, т. е. 4% общего числа. *Михайлов* процент узких тазов в России определяет также в 4,28. Напротив, *Попов* в своем материале (10 236 родов) определяет данный % в 16,8, а *Сазонов*, —

даже в 30. В заведомой мною клинике за 15 лет (с 1900-1 по 1914-5 уч. г.) число больных акушерского отделения, у которых *S. ext.* равнялась 18 сант. и меньше, составляло, по *Малиновскому*, 13,1% общего числа.

Встречаясь, во всяком случае, очень часто, узкие тазы представляют огромное разнообразие в отношении своей этиологии, места сужения, степени последнего и пр.

Что касается, в частности, этиологии, то едва ли не главную роль в происхождении сужений таза несомненно играет рахит, на который, по *Рейну*, у нас в России приходится 19% общего числа узких тазов; большое число сужений обязано также своим происхождением порочному развитию скелета; реже сужения таза возникают на почве остеомаляции, искривлений позвоночника, травмы, коксита и т. п. заболеваний, которые будут указаны ниже, при разборе отдельных форм узкого таза.

Различаясь по своей этиологии, узкие тазы представляют большое разнообразие и по месту сужения. Тазовое кольцо может быть сужено или во входе, или в выходе, или в полости, или сразу во всех отделах. Далее, и во входе, и в выходе, и в полости могут быть сужены или все размеры, или какой-нибудь один. Если из всех размеров таза уменьшенным против нормы оказывается лишь передне-задний, то такой таз известен под названием плоского; если меньше нормы лишь поперечник тазового кольца, то таз называется поперечно-суженным, если — один из косых размеров, то мы будем иметь кососуженный таз; наконец, если все размеры тазового кольца меньше нормы, то таз получает название общесуженного. Среди общесуженных тазов можно, в свою очередь, различать две категории: иногда все размеры тазового кольца, — прямой, поперечный и косые, — бывают уменьшены на одну и ту же величину, напр., на 2 сант., иногда же различные размеры таза бывают меньше нормы в неодинаковой степени, причем обыкновенно прямой размер укорочен более значительно, чем поперечный и косые; общесуженные тазы первой категории носят название общеравномерносуженных, второй — общенеравномерносуженных или общесуженных плоских.

Наконец, узкие тазы значительно разнятся по степени сужения. С практическими целями акушеры различают обычно с одной стороны абсолютное сужение таза, при котором роды доношенного плода *per vias naturales* невозможны даже при том условии, если об'ем плода будет предварительно уменьшен, с другой — относительное, при котором доношенный ребенок может родиться чрез естественные пути — или не уменьшенным в об'еме, или уменьшенным. Наивысшей границей абсолютного сужения обычно признается в плоских тазах *S. v.* в 6 сант., в общесуженных — в $6\frac{1}{2}$. Что касается относительного сужения таза, то здесь также различают две степени сужения: первую, при которой роды доношенного плода *per vias naturales* возможны без предварительного уменьшения его об'ема, и вторую, при которой доношенный ребенок может пройти чрез тазовое кольцо лишь в том случае, если предварительно будет уменьшен об'ем или его головки, путем краниотомии, или всего тела, путем эмбриотомии. Границею между этими двумя степенями относительного сужения обыкновенно считают истинную кон'югату в $8\frac{1}{2}$ сант.

Отдельные представители акушерской науки иначе определяют границы различных степеней сужения таза. Так, *Крассовский* первую степень относительного сужения считает такую, при которой *S. v.* больше $9\frac{1}{2}$ сант., а вторую — где она колеблется между $6\frac{1}{2}$ и $9\frac{1}{2}$ сант. *Ястребов* пределом абсолютного сужения таза признает длину истинной кон'югаты в $7\frac{1}{2}$ сант., причем различает 2 степени абсолютного сужения: первую — с кон'югатой от 6,6 до $7\frac{1}{2}$ сант. и вторую — с *S. v.* в $6\frac{1}{2}$ сант. и меньше.

Крайнее разнообразие узких тазов чрезвычайно затрудняет их классификацию. Различными авторами было сделано много попыток создать вполне научную, основанную на каком-нибудь одном принципе, классификацию, в рамки которой укладывались бы всевозможные вариации сужений таза. Одни авторы классифицировали, напр., узкие тазы по их этиологии на рахитические, остеомалятические, коксальгические и пр. Другие клали в основу классификации место сужения, деля узкие тазы

на суженные во входе, в полости, в выходе, затем — в прямом размере, в поперечном и пр. Третьи (*La Torre*) предлагали классифицировать неправильные тазы по их форме, деля их на вытянутые в поперечном направлении, вытянутые в прямом размере, кососуженные, треугольные и атипические, и т. д.

Крассовский в своем „Оперативном Акушерстве“ делит узкие тазы прежде всего на равномерносуженные и неравномерносуженные, причем к первой группе относит общеравномерносуженные, карликовые и детские тазы, ко второй — плоские, косые, поперечносуженные, спавшиеся, расщепленные, остистые и суженные новообразованиями; далее, среди плоских тазов он различает простые плоские, рахитические плоские, люксационные плоские и общесуженные плоские; среди косых — анкилотические, коксальгические, сколиотико-рахитические, кифозно-лиорахитические и тазы при одностороннем вывихе бедер; среди поперечно-суженных — анкилотические, кифотические, спондилолистетические и воронкообразные, среди спавшихся — остеомалятические и рахитические.

Ни одна из попыток создать основанную на единообразном принципе классификацию узких тазов не имела, однако, успеха, а потому в акушерстве до сих пор удержалась старая, смешанная классификация узких тазов, которую нельзя назвать строго-научной, но которою мы все-таки пользуемся за неимением лучшей. Согласно этой классификации все формы узкого таза 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.

Сильвереван. Описание наиб. выдающихся узких тазов, набл. в 1878 г. Прил. к Пр. Конф. В.-М. А. 1884. — *Грамматикати.* Нек. клин. данные об узких тазах. Вр. 1886. — *Рымша.* К уч о норм. и узком тазе русской женщины. Ж. А. 1892. — *Михайлов.* Учение об узком тазе по русским данным. Пр. О.

Вр. Новг. Г. 1894. — *Татевосов*. К вопр. о норм. и рахит. тазе у детей. Дисс. СПб. 1899. — *Рейн*. К статистике узких тазов в России. Сб. *Рейна*. — *Сазонов*. К стат. родов при узком тазе. Отч. Пр. В. 1909.

аа) *Часто встречающиеся формы узкого таза.*

К этой категории принадлежат четыре разновидности узкого таза, в том числе две разновидности плоского таза — плоский нерахитический и плоский рахитический тазы и две разновидности общесуженного таза — общеравномерно-суженный и общенеравномерно-суженный или обще-суженный рахитический тазы.

Плоский нерахитический таз. Плоский нерахитический или *Deventer*'овский таз (*pelvis plana Deventeri*) анатомически характеризуется тем, что крестец в нем *in toto* смещен кпереди, не будучи притом повернут около своей горизонтальной оси. Таким образом все прямые размеры, — как входа, так и полости и выхода, — в этом тазу являются уменьшенными по сравнению с нормой, притом уменьшенными приблизительно на одинаковую величину. Во всех прочих отношениях архитектура этого таза является нормальной.

Хотя *Deventer*'овский таз встречается очень часто, — по *Рейну*, в России это — наиболее обыкновенная форма узкого таза, — однако этиология его до сих пор является недостаточно выясненной. Самую вероятную причину развития плоского нерахитического таза акушеры считают ношение девочками с неокрепшим еще скелетом значительных тяжестей, особенно на голове, и вообще выполнение ими тяжелых работ.



Рис. 471. Сагиттальный разрез через плоский нерахитический (*Deventer*'овский) таз.

На рисунке видна разница в стоянии крестца при этой форме узкого таза по сравнению со стоянием крестца в нормальном тазу (изображен белым и пунктиром), именно, весь крестец здесь смещен кпереди так, что и прямой размер входа и прямой размер выхода уменьшены на одну и ту же величину.

Несмотря на частоту, с какою встречается данная разновидность узкого таза, практическое значение ее не особенно велико, ибо степень сужения в *Deventer*'овском тазу обычно незначительна: передне-задние размеры таза меньше нормы всего на $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ сант., благодаря чему таз этот обычно допускает рождение доношенного плода *per vias naturales* без уменьшения его объема.

Распознать эту форму сужения таза очень легко уже при наружном измерении таза: между тем, как *D. sp.*, *D. cr.* и *D. tr.* у женщины оказываются нормальными или близкими к

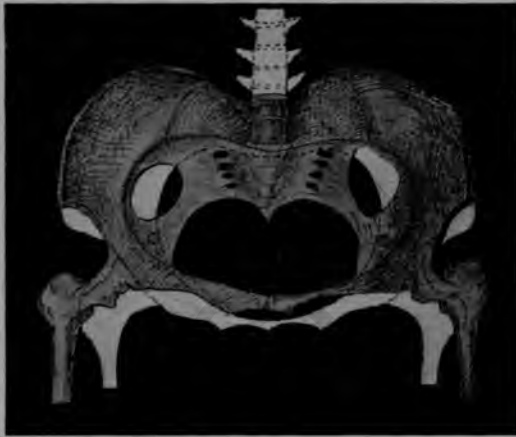


Рис. 472. Плоский нерахитический (*Deventer*'овский) таз.

норме, *S. ext.* бывает меньше 20 сант. на $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ сант. Отсутствие в анамнезе указаний на бывшую в детстве английскую болезнь, а при объективном исследовании — таких признаков, как четкообразные ребра, „кавалерийские“ ноги, недоразвитие крыльев подвздошных костей и пр., позволяют отличить *Deventer*'овский таз от плоского рахитического. Чтобы окончательно установить диагноз, можно измерить у женщины *S. v.* и прямой размер выхода, причем в плоском нерахитическом тазу оба этих размера будут меньше нормы на одну и ту же величину.

Плоский рахитический таз. Между тем, как в *Deventer*'овском тазу крестец *in toto* смещен кпереди, а конъюгаты всех

отделов таза равномерно уменьшены, в плоском рахитическом тазу крестец повернут около своей горизонтальной оси так, что основание его смещено кпереди, верхушка же, вместе с копчиком, отклонена кзади. Таким образом, между тем, как прямой размер входа (С. v.) в этом тазу представляется уменьшенным против нормы, прямой размер выхода, напротив, оказывается увеличенным.

Как показывает и самое название данной разновидности узкого таза, причиной ее служит рахит или английская болезнь, — известное заболевание скелета, присущее детскому возрасту. Оттого, кроме своеобразного стояния крестца,

данной разновидности узкого таза присущи и другие признаки рахита, напр., слабое развитие крыльев подвздошных костей, значительная ширина лонной дуги, искривление копчика кпереди

под углом, заострение лонного гребешка, выпячивание симфизарного хряща внутрь тазового кольца и т. д. Кроме того, у женщины с рахитическим плоским тазом наблюдаются свойственные английской болезни изменения и в других частях скелета, а именно, четки на ребрах, искривление бедренных костей и пр.



Рис. 473. Сагиттальный разрез через плоский рахитический таз.

По сравнению с нормальным тазом (изображен белым и пунктиром) крестец в данной форме узкого таза повернут около поперечной оси так, что Promontorium приближен к симфизу, верхушка же крестца с копчиком, — удалена от него.



Рис. 474. Плоский рахитический таз.

Хотя плоский рахитический таз и встречается несколько реже *Deventer'*овского, однако практическое значение его не уступает значению последнего, так как степень сужения плоского рахитического таза нередко бывает значительна, в отдельных случаях наблюдается даже абсолютное сужение этого таза.

Распознавание плоского рахитического таза, как и *Deventer'*овского, весьма легко. Уже анамнез, именно, имеющееся здесь указание на то, что данная женщина поздно начала ходить в детстве, заставляет заподозрить у больной рахит. При измерении большого таза обращает на себя внимание уменьшение величины наружной кон'югаты при нормальных поперечных размерах, а также незначительность разницы между *D. sp.* и *D. cr.* (вместо обычных 2 сант. — $1\frac{1}{2}$, 1, $\frac{1}{2}$ сант., даже меньше), указывающая на плохое развитие крыльев подвздошных костей. Измерение малого таза обнаруживает уменьшение кон'югаты тазового входа при увеличенном переднезаднем размере выхода. Если добавить к этому наличие характерных для рахита изменений в других частях скелета, то распознавание данной разновидности плоского таза получит вполне достаточную основу.

Течение беременности и родов при плоском тазе. Так как клиническое значение плоского таза совершенно одинаково, будем ли мы иметь пред собою нерахитический или рахитический таз, лишь бы только степень сужения в них была одинакова, то в дальнейшем мы и будем разбирать особенности течения беременности и родов для обеих разновидностей плоского таза вместе.

Плоский таз сказывается уже в конце беременности. В последнее время ее головка плода, особенно у первобеременных, обычно утилизирует для своего помещения верхний отдел малого таза и опускается довольно низко. При плоском тазе она до самых родов стоит высоко над тазовым входом. В связи с этим и дно матки оказывается выше нормального уровня, подвижность ее представляется значительною, у матери нередко развивается сильное отвисание живота (см. рис. 400), у плода же — аномалии положения (поперечные и косые положения), предлежания и, наконец, членорасположения.

Еще более сказывается влияние плоского таза на ходе родов, причем уже период раскрытия представляет у женщин с разбираемым сужением таза такие особенности, которые не лишены крупного практического значения. Так как головка плода при плоском тазе не может вплотную прилегать ко всей периферии тазового входа, как то бывает при нормальном тазе, и между ее периферией и безымянными линиями остаются довольно значительные щели, то отсюда у рожениц с плоским тазом легко могут возникать предлежания и выпадения конечностей и пуповины. Так как, далее, благодаря указанному сейчас отношению головки плода к окружности входа, у рожениц с плоским тазом не существует такого разделения плодного пузыря на 2 обособленных отдела, — лежащий ниже головки и выше головки, — как обычно, то при каждой схватке значительное количество околоплодной жидкости перемещается в нижний отрезок пузыря, давление в этом отрезке поднимается аномально высоко, и нередко пузырь еще задолго до полного открытия зева не выдерживает этого давления и лопается, не выполнив своего назначения. В силу той же причины у женщин с плоским тазом после разрыва плодного пузыря отходит не сравнительно небольшое количество околоплодной жидкости, как при нормальных условиях, а вся масса последней, нередко увлекая при этом с собою пуповину или конечности плода.

Наиболее резкие отклонения от нормального течения родового акта имеют, однако, место при плоском тазе в периоде изгнания. Ход последнего зависит здесь, конечно, прежде всего от степени сужения таза. Если сужение настолько значительно, что потуги даже достаточной силы не в состоянии вколотить головку плода в тазовое кольцо, то, понятно, ни о каком изгнании плода не может быть и речи, — в подобных случаях роды могут быть окончены лишь при помощи оперативного вмешательства, состоящего или в образовании новых путей для извлечения ребенка (кесарское сечение), или в расширении существующих (симфизеотомия, пубиотомия), или в уменьшении объема плода (краниотомия, эмбриотомия), при отсутствии же такого вмешательства неизбежным последствием родов является гибель как матери, при явлениях разрыва матки, так и плода, от асфиксии.

Определить вполне точно, при каких именно размерах тазового кольца роды доношенного ребенка без оперативной помощи являются, при плоском тазе, возможными, — очень трудно, даже прямо невозможно. А priori можно было бы думать, что рождение доношенного плода *per vias naturales* без посторонней помощи возможно лишь там, где наименьший размер тазового кольца, т. е. истинная кон'югата, не меньше самого малого размера головки, т. е. битемпорального, — иначе говоря, не меньше 8 сант. Однако, во первых, надо иметь в виду, что тазовое кольцо всюду, даже и во входе, сужено, хотя и незначительно, мягкими частями; во вторых, не всегда же головка плода вставляется в прямой размер входа как раз своим битемпоральным размером, если же она вставится каким-нибудь размером, лежащим позади венечного шва, то ей понадобится уже более 8 сант., чтобы иметь возможность вколотиться в таз; наконец, нельзя игнорировать присущую в высокой степени головке плода способность приспособляться, находящуюся, в свою очередь, в зависимости от энергии маточных сокращений. При наличности указанных сейчас переменных величин и является невозможным определить с точностью тот наименьший размер истинной кон'югаты в плоском тазу, при котором роды доношенного плода *per vias naturales* еще являются возможными; приблизительно ее можно считать равною $8\frac{1}{2}$ —9 сант., но лишь приблизительно.

Если плоский таз имеет кон'югату указанной сейчас величины, то обыкновенно нормальной силы сокращениям матки удается вколотить головку плода в его вход. Так как, при этом, головка плода имеет в поперечном сечении форму клина, суживающегося кпереди, то, понятно, более узкий лобный конец ее быстрее преодолевает сопротивление со стороны тазового входа, чем более широкий затылочный конец, и скорее последнего внедряется в полость тазового кольца, — головка при плоском тазе вместо того, чтобы сгибаться, как это бывает нормально, разгибается, иногда настолько, что дело доходит до образования лобного и даже лицевого предлежаний. Это разгибание, видимым признаком которого при плоском тазе служит низкое стояние большого родничка по сравнению с малым, является первой из характерных для плоского таза особенностей механизма родов.

Вторую особенностью является асинклитическое вставление головки. Выше уже было указано, что при нормальных условиях головка обыкновенно вставляется в таз так, что стреловидный шов находится на одинаковом расстоянии и от симфиза, и от мыса крестцовой кости; лишь относительно редко головка вставляется во вход нормального таза преимущественно одною из теменных костей (см. рис. 297 и 298). При плоском тазе последнее, напротив, наблюдается, как правило, причем головка вставляется и переднюю (*Naegele*'вское склонение), и заднюю теменную костью (*Litzmann*'овское склонение). Чаще, впрочем, бывает первое, и это гораздо выгоднее для хода родов, ибо головка утилизирует здесь для себя вогнутость крестца.

Когда головка вступает в полость нормального таза, она обыкновенно, далее, начинает уже вскоре проделывать внутренний поворот, — затылок ее начинает мало по малу поворачиваться к симфизу. В плоском тазу пространственные отноше-

ния тазовой полости, вытянутой в поперечном направлении, долго не позволяют головке повернуться в прямой размер, и потому, даже когда она стоит уже очень низко, вблизи тазового выхода, стреловидный шов ее оказывается, при исследовании, расположенным в поперечном направлении. Это низкое поперечное стояние головки составляет третью характерную особенность механизма родов при плоском тазе.

Перечисленные особенности имеют место главным образом в начале прохождения головки чрез тазовое кольцо, когда препятствия для ее продвижения еще не преодолены; когда же головка минует эти препятствия, локализирующиеся, — особенно



Рис. 475. Прохождение головки плода чрез тазовое кольцо при плоском тазе.

Резко выраженное вставление переднюю теменную костью (*Naegele*'вское склонение). В области стреловидного шва передняя теменная кость значительно заходит на заднюю. Низкое поперечное стояние головки.

в рахитической разновидности плоского таза, — преимущественно во входе, тогда механизм родов начинает принимать нормальный характер.

Как у рожениц с совершенно правильными тазами иногда наблюдаются отклонения от нормального механизма родов, так и при плоском тазе, помимо перечисленных сейчас особенностей, встречаются иногда не столь постоянные отклонения от нормального механизма. Таково, напр., уже упомянутое чрезмерное разгибание головки, ведущее к возникновению лобного и лицевого предлежаний; таково опять таки уже упомянутое *Litzmann*'овское склонение головки; таково т. наз. внесрединное вставление головки, при котором последняя стремится утилизировать для своего прохождения лишь одну половину таза, и пр.

Кривский. К вопр. о задне-темянном вставлении головки и пр. Ж. А. 1905.

Исходы родов при плоском тазе для плода и матери. В прогностическом отношении роды при плоском тазе являются, конечно, гораздо более неблагоприятными, чем роды при нормальном тазе. Не говорим уже о тех случаях сужения, где головка, несмотря на энергичную родовую деятельность матки, не может вколотиться в таз, и где роды, при отсутствии своевременной оперативной помощи, обязательно кончаются смертью плода и матери, — даже и в тех случаях, где прохождение доношенного ребенка чрез тазовое кольцо в конце концов возможно, роды при плоском тазе бывают сопряжены с целым рядом опасностей как для плода, так и для матери, особенно же для первого.

Опасность для плода кроется прежде всего в том механическом воздействии, которое оказывает плоский таз на головку ребенка. Хотя, как показывают исследования *Холмогорова*, объем и вес детей при узком тазе обычно бывают несколько меньше нормы, но это обстоятельство далеко не в состоянии бывает вполне компенсировать диспропорцию между головкой доношенного плода и размерами просвета плоского таза. Благодаря этому при своем вколачивании в тазовый вход головка

испытывает такое сдавливание со стороны мыса крестцовой кости — с одной стороны, симфиза — с другой, что на покровах и костях ее нередко образуются заметные углубления, а в отдельных случаях дело доходит даже до переломов костей черепа. Взаимное смещение костей черепа и головная опухоль при плоском тазе нередко достигают необыкновенно больших размеров, а иногда на головке ребенка образуется кровяная опухоль или кефалогэматома.



Рис. 476. Вдавливание на черепе новорожденного после родов при плоском тазе (по Витт'у).

В отличие от обыкновенной головной опухоли (*caput succedaneum*), кровяная опухоль является результатом кровоизлияния между периостом и костью. Как и головная опухоль, она чаще сидит на одной из теменных костей, достигая размерами до величины куриного яйца и нередко представляя явственную флюктуацию. Наличие последней, а также то обстоятельство, что кефалогэматома всегда ограничивается пределами одной кости, никогда не переходя через линию швов, позволяет в большинстве случаев легко отличить кровяную опухоль от головной уже при однократном исследовании. В затруднительных случаях вопрос решается



Рис. 477. Разреза через череп новорожденного с кровяной опухолью на правой теменной кости (по Витт'у).

путем наблюдения за ребенком. Головная опухоль уже к моменту родов достигает своего наивысшего развития и затем быстро идет на убыль, кефалогэматома же продолжает и после родов в течение нескольких



Рис. 478. Головка новорожденного с кровяною опухолью на правой теменной кости (по Витт'у).

Уже благодаря той травме, какой подвергается головка плода при прохождении через суженное тазовое кольцо, ребенок при плоском тазе нередко рождается в состоянии мнимой смерти, т. е. глубокой асфиксии, а иногда и действительной смерти. Кроме травмы здесь впрочем играют еще более важную роль другие моменты: выпадение пуповины с последующим ее прижатием, длительное течение родового акта и пр.

Будучи опасными для плода, роды при плоском тазе грозят большими опасностями и для матери. Если препятствие для продвижения головки со стороны стенок таза будет слишком велико, то родовые сокращения матки постепенно теряют свой нормальный характер и становятся судорожными; соответственно этому нижний сегмент маточного тела сильно растягивается, и, если роженице не

дней роста, а затем сравнительно долгое время остается *in statu quo*.

Опасного кровяная опухоль ничего не представляет и в дальнейшем рассасывается, но не без следа, — вокруг основания ее образуется довольно ясный наощупь валик из костной ткани.

Самым опасным для плода последствием механического сдавливания головки со стороны плоского таза являются внутрочерепные кровоизлияния — иногда под мозговые оболочки, а иногда и в самую ткань мозга.



Рис. 479. Череп ребенка после рассасывания кровяной опухоли (преп. Московского Воспит. Дома).

будет оказана оперативная помощь, дело может дойти до его разрыва, конечным результатом которого часто является смерть не только плода, но и матери.

Еще чаще мягкие части родового канала подвергаются при плоском тазе иного рода повреждениям, именно, узурам на почве ущемления. Вступая во вход суженного в передне-заднем размере таза, головка плода прижимает мягкие части полового канала, именно, стенки рукава и матки, вместе с прилежащими к ним мочевым каналом спереди и кишечным — сзади, с одной стороны к мысу крестцовой кости, с другой — к симфизу. Если прижатие это длится долгое время, то ущемленные части потом омертвевают, выпадают, и на месте их образуются свищи — мочевые и кишечные.

Так как мыс крестцовой кости выдается в просвет тазового кольца гораздо более значительно, чем задняя поверхность симфиза, и, благодаря этому, прижатие мягких частей сзади бывает выражено гораздо резче, чем спереди, то на первый взгляд можно было бы думать, что кишечные свищи после родов при плоском тазе образуются гораздо чаще, чем мочевые. На самом деле мы видим совершенно обратное. Зависит это от того, что между подвергающимися прижатию к мысу участками полового канала и кишки находятся два листка брюшины заднего *Douglas'*ова кармана; когда ущемленные участки маточной (*resp.* влагалищной) и кишечной стенок омертвевают, тотчас же возникает реактивное воспаление брюшины, оба брюшинных листка заднего *Douglas'*ова кармана склеиваются, и сквозного сообщения между просветами полового и кишечного каналов не происходит. Совершенно иные анатомические отношения существуют спереди от полового канала, — дно маточно-пузырной впадины лежит, как известно, гораздо выше, чем дно заднего *Douglas'*ова кармана; поэтому, когда головка прижимает стенку рукава или матки и прилежащего отдела мочевого тракта к симфизу, брюшина с ее мощною пластическою способностью не принимает никакого участия в разыгрывающихся изменениях, омертвевший участок мочеполовой перегородки беспрепятственно выпадает, и получается сквозное сообщение между рукавом (*resp.* маткой) — с одной стороны, пузырем (*resp.* уретрой или мочеточником) — с другой.

Клинически ущемление мягких частей головкой плода выражается повышением t^0 (иногда до 39^0 — 40^0), учащением пульса, сильною отечностью прижатых частей, выделением кровянистой мочи, иногда даже значительными кровоизлияниями в пузырь и пр.

Кроме травматических повреждений женского полового канала, источником опасности для матери при родах, осложненных разбираемым сужением таза, является инфекция. Если роды затянулись на долгое время после разрыва пузыря и смерти плода, то в амниональную полость могут легко попасть, прежде всего, гнилостные зародыши. Под их воздействием тело умершего плода быстро загнивает с образованием продуктов, которые, всасываясь, обуславливают повышение t^0 у матери и другие признаки гнилостной интоксикации. Так как среди этих продуктов есть и газообразные, то скопляясь в матке, они раздувают последнюю, — получается т. наз. *tympania uteri s. physometra*.

Уже гнилостные микробы, с современной точки зрения, могут вызвать не только пугридную интоксикацию, но и общую инфекцию организма роженицы. Кроме того в глубокие отделы полового канала у рожениц с плоским тазом могут попасть и настоящие септические микробы-паразиты: гноеродные стрептококки, стафилококки и пр., результатом внедрения которых являются или местные воспалительные процессы в половой сфере, или общая инфекция организма матери, родильная горячка, развивающаяся тем легче, что сопротивляемость организма родильницы здесь бывает ослаблена, благодаря родовой травме. В конечном итоге роды при плоском тазе дают гораздо более высокий процент пуэрперальных заболеваний, чем роды при нормальном тазе; гораздо выше бывает здесь и смертность родильниц от пуэрперального сепсиса.

Хотовицкий. *Serphalhaematoma*. В.-М. Ж. 1838. — *Миллер*. Кровяные опухоли головы новор. детей. М. М. Г. 1871. — *Щелов*. Мат. для пат. анатомии цефалематомы. Отч. М. Восп. Д. 1875. — *Петров*. Сл. родов при узком плоском тазе и больших размерах плода. М. В. 1876. — *Лебедев*. Перелом черепа при родах, оконч. силами природы. Пр. О. Р. В. 1878-79. — *Рунге*. *Serphalhaematoma neonatorum* с точки зрения

этиологии. Р. Мед. 1886. — *Рунге*. К каз. цефалэмом. Ж. А. 1887. — *Нечаев*. К вопр. о кров. опухоли головы новорожденных Ж. А. 1888. — *Фоминский*. Сл. родов при узком тазе с вып. пуповины и правой ручки. Тр. О. Р. В. в М. 1892. — *Большесольский*. Из ак. практики. Пр. О. Арх. В. 1893. — *Бржезинский*. К каз. кровоизлияний в моч. пузырь и пр. Ж. А. 1893. — *Жуковский*. Сл. редк. повреждения черепа и пр. Отч. СПб. Род. З. 1898-1900. — *Холмогоров*. Вес детей при узком тазе. Р. Вр. 1904.

Терапия родов при плоском тазе. Образ действия врача-акушера у постели рожениц с плоским тазом определяется при высших и низших степенях сужения таза размерами тазового кольца, при средних же степенях, кроме результатов измерения таза, — также особенностями течения родов: силою и характером родовых сокращений матки, механизмом родов и пр., а у повторнородящих — еще и анамнестическими данными о ходе прежних родов.

Вообще точно установить прогностику родов при средних степенях сужения таза, а равно заранее указать тот вид акушерского вмешательства, который в данном случае может потребоваться, — дело далеко нелегкое даже для опытного акушера. Одни голые цифровые данные относительно размеров таза говорят здесь мало: при одной и той же величине истинной кон'югаты роды в одних случаях могут кончиться силами природы без вреда для плода и матери, в других — для этого может потребоваться сложная операция. Равным образом мало говорят, у повторных рожениц, и данные относительно течения бывших ранее родов: у одной и той же женщины первые роды могут протекать тяжело, а следующие, напротив, легко и наоборот. Помимо условий стационарного характера здесь огромное значение имеют еще такие условия, которые могут меняться. Поэтому именно при средних степенях сужения таза акушер, составив себе, на основании данных исследования роженицы, план деятельности, не должен слепо придерживаться этого плана, а должен быть готов во всякое время изменить его в соответствии с вновь обнаружившимися обстоятельствами. Само собою разумеется, для этого необ-

ходимо самое тщательное наблюдение за состоянием как роженицы, так и ее плода.

Если внутреннее измерение диагональной кон'югаты покажет, что у роженицы с плоским тазом имеется абсолютное сужение, границей которого громадным большинством акушеров признается величина *S. v. maximum* в 6 сант., тогда, жив плод или мертв, единственным способом родоразрешения является кесарское сечение. При отсутствии инфекции операцию эту лучше производить трансперитонеально, при инфицированной же матке — внебрюшинно.

Если, далее, *S. v.* в плоском тазу имеет 8,5 сант. и более, то роды покажутся вести выжидательно, особенно при живом плоде, так как, при наличии достаточно сильных схваток, они обыкновенно заканчиваются силами природы, с благоприятным исходом для плода и матери.

Наконец, при плоском тазе с кон'югатою от 6 до 8,5 сант. обыкновенно требуется оперативное вмешательство, которое здесь применяется или в форме искусственных преждевременных родов, или в форме кесарского сечения, или в форме пубитомии, или в форме поворота (профилактического) с последующим извлечением плода, или в форме щипцов (высоких), или, наконец, в форме перфорации с последующей краниоклазией.

Производство операции искусственных преждевременных родов при узком тазе совершенно отвергается некоторыми акушерами, признающими результаты ее слишком неблагоприятными для плода. Вместе с другими представителями акушерской науки я, напротив, думаю, что в подходящих случаях операция эта является вполне обоснованной, особенно, если она предпринимается при достаточной жизнеспособности ребенка (не ранее 34-й или 35-й недели). При плоском тазе лучше всего применять ее у повторнородящих с *S. v.* не менее 7,5 сант., где бывшие ранее срочные роды имели, как это видно из анамнеза, смертельный исход для плода.

Кесарское сечение без всякого выжидания может быть применяемо в тех случаях срочных родов при плоском тазе, где роженица непременно желает иметь живого ребенка, а между тем сужение таза у ней настолько значительно (*S. v.* меньше

7,5 сант.), что для доношенного ребенка нет никакой возможности пройти через тазовое кольцо без предварительного уменьшения объема. Данная операция является показанною и при тазах с *S. v.* более 7,5 сант., у повторных рожениц, если анамнез обнаружит, что бывшие ранее роды *per vias naturales* имели неблагоприятный для ребенка исход; у перворожениц же и у повторных рожениц с бывшими ранее благополучными родами можно при этой степени сужения подождать, не обнаружится ли возможность родов *per vias naturales* силами природы, причем для того, чтобы способствовать этому, можно прибегнуть к введению питуитрина, или же помочь головке пройти через тазовое кольцо при помощи щипцов.

Пубиотомия допустима в руках опытного акушера, при надлежащей притом обстановке (клинической или больничной), у тех повторных рожениц с плоским тазом, где *S. v.* не менее 7,5 сант., плод жив, и мать непременно желает иметь живого ребенка, а между тем из анамнеза видно, что предшествовавшие роды без акушерского вмешательства или с вмешательством в форме щипцов давали мертвых детей.

Профилактический поворот с последующим извлечением допускается при узком тазе вообще и при плоском тазе в частности лишь немногими из современных авторов. Большинство принципиально отрицает его, ибо находит, что выгода проведения головки через таз сначала узким (шейным) концом ее, а потом более широким — не искупается той невыгодой, с какою сопряжена утрата головкою способности к приспособлению. Исходя из этой мысли, большинство акушеров, — и я в том числе, — рекомендует в тех случаях плоского таза (с *S. v.* не меньше 7,5 сант.), где есть надежда провести ребенка через тазовое кольцо за ножки живым, лучше выждать, пока не произойдет конфигурация головки, и роды не закончатся силами природы; если же этого не случится, врач может в подобных случаях помочь прохождению головки при помощи щипцов.

Наконец, перфорация при разбираемых степенях сужения плоского таза заслуживает самого широкого применения там, где плод мертв; напротив, при живом плоде она может быть допускаема лишь в исключительных случаях, где, с одной стороны, и обстановка не позволяет сделать кесарского сечения,

и роженица не желает подвергаться опасности последнего, а между тем или измерение таза (при более высоких степенях сужения), или длительное выжидание (при тазах с С. в. в 7,5 сант. и больше) свидетельствуют, что роды *per vias naturales* не могут состояться без предварительного уменьшения объема плода.

Приведенными краткими указаниями отнюдь не исчерпывается все разнообразие терапии родов при узком тазе вообще и плоском — в частности. Вопрос этот является настолько сложным, что для исчерпывающего разбора его имеются целые объемистые монографии, — в том числе у нас монография *Попова*. Выбор того или другого вида акушерского вмешательства при плоском тазе зависит от такого множества условий, что предусмотреть все их нет никакой возможности, и в отдельных случаях врачу волей-неволей приходится останавливаться на том или другом виде не в силу предписаний, имеющих в руководствах, а на основании собственных заключений. Мы можем добавить к сказанному лишь одно, — что, имея дело с родами, осложненными узким тазом, врач должен умело выбрать не только вид оперативного вмешательства, но и время для него. Именно, здесь он должен, с одной стороны, не слишком спешить, особенно с такими видами вмешательства, как наложение щипцов, а с другой — и не слишком медлить, особенно когда у роженицы появятся грозные симптомы ущемления мягких частей, или со стороны ребенка будут замечены угрожающие признаки асфиксии.

Гинзбург. Ошибки в предсказании исхода родов при сужениях таза и пр. М. Об. 1888. — *Федоров.* Мат. к вопр. о терапии родов при узком тазе. Дисс. Варш. 1891. — *Новицкий.* Способы родоразрешения при узком тазе. Дисс. СПб. 1892. — *Штольц.* О ведении родов при наиб. часто встреч. формах узкого таза. Ж. А. 1892. — *Массен.* Набл. над. течением родов при узком тазе. Сб. *Слав.* 1894. — *Побединский.* К тер. при узком тазе. Отч. М. Ак. Кл. 1899-1901; Ж. А. 1903. — *Ястребов.* Конс. терапия при часто встреч. формах узкого таза. I С. Р. А. — *Давыдов.* Сравн. оценка способов родоразрешения при средн. степенях сужения таза. Р. Вр. 1907. — *Холмогоров.* Терапия при узком тазе. Ж. А. 1908. — *Фихтнер.* К вопр. о терапии родов при узком тазе. Дисс. СПб. 1910. — *Попов.* Терапия родов при узком

тазе. СПб. 1912. — *Дубинский*. Совр. терапия родов при узком тазе. Вр. Г. 1912. — *Строганов*. К вопр. о родовспоможении при узком тазе. Р. Вр. 1914. — *Якобсон*. Выжид. направление в терапии узкого таза и пр. Отч. Ж. А. 1914. — *Марковский*. Консерв. операции и пр. в терапии узкого таза. Там же. — *Кипарский*. Хир. операции при узком тазе. Там же. — *Побединский*. Обзор способов лечения узкого таза. Там же.

Общеравномерно-суженный таз. По своей архитектуре общеравномерносуженный таз весьма похож на нормальный, отличаясь от последнего лишь тем, что все его размеры уменьшены *приблизительно* на одну и ту же величину.

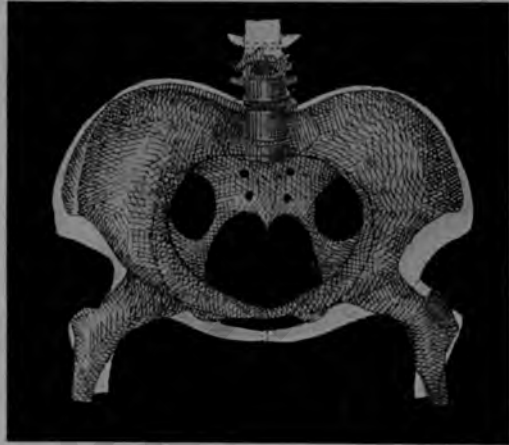


Рис. 480. Общеравномерносуженный таз.

Я подчеркиваю слово „приблизительно“, так как тазы, суженные действительно вполне равномерно, попадают лишь очень редко, — в большинстве случаев и в общеравномерносуженном тазу некоторые размеры бывают уменьшены против нормы больше, чем другие, напр., прямой размер, особенно во входе, бывает сужен немного больше, чем поперечный.

Встречаясь сравнительно нередко, — по *Рейну* частота этой аномалии таза стоит у нас в России на втором месте после частоты плоского нерахитического таза, а по *Крассовскому* тазы этого рода составляют 39,05% общего числа узких тазов, — общеравномерносуженный таз может возникать на различной почве, соответственно чему авторы различают несколько его вариантов. В большинстве случаев, повидимому, образование его стоит в связи с общим слабым развитием скелета, почему эта форма узкого таза и наблюдается у женщин маленького роста, с тонкими костями. В некоторых случаях, однако,



Рис. 481. Общеравномерносуженный таз мужского типа.

общеравномерносуженный таз имеет место, наоборот, у женщин высокого роста, с мужской фигурой (*viragines*); и самый таз в подобных случаях по своей форме, высоте, величине лонного угла, массивности костей и пр. напоминает таз мужчины. Иногда, далее, общеравномерносуженный таз носит признаки остановки развития на детской ступени, инфантилизма; в этих случаях просвет таза, как то бывает у детей, имеет более округлую форму, мыс крестцовой кости слабо выступает кпереди, крестец *in toto* смещен кзади и пр. — словом, мы находим те же признаки, какие обычно отличают таз девочки, не достигшей полового созревания от таза взрослой женщины. Некоторые авторы отличают, затем, как особую разновидность, общеравномерносуженный таз рахитического происхождения. Наконец, многими признается за особую разновидность данной аномалии карликовый таз (*pelvis pana*), встречающийся у карлиц и носящий, с одной стороны, признаки рахитизма, с другой — остановки развития на детской ступени (в карликовом тазу, напр., каждая безымянная кость состоит из трех костей, — *os ilium*, *os ischii* и *os pubis*, — соединенных между собою, как то бывает у детей, хрящами).

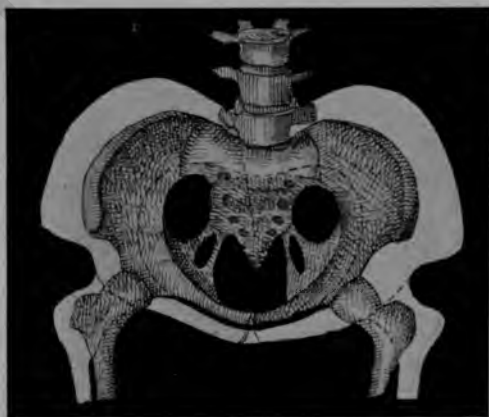


Рис. 482. Общеравномерносуженный таз детского типа (по Витт'у).

По своему влиянию на родовой акт общеравномерносуженный таз стоит ближе к нормальному, чем плоский. В частности, так как конфигурация тазового просвета в нем такова же, как и в нормальном тазу, то механизм родов при нем мало отличается от нормального; тех особенностей механизма, которые выше

были указаны для плоского таза, здесь обычно не наблюдается; в виду повышенного сопротивления со стороны тазовых стенок лишь отдельные моменты механизма при общеравномерносуженном тазе бывают выражены более резко, чем в норме. Особенно бросается это в глаза наблюдателю относительно первого поворота головки, т. е. сгибания, причем диагностическим признаком чрезмерного сгибания является очень низкое стояние малого родничка по сравнению с большим.

Соответственно сейчас сказанному прогностика родов при общеравномерносуженном тазе является *caeteris paribus* более

благоприятною, чем при плоском тазе, причем это касается как матери, так и плода. При данной разновидности узкого таза реже, чем при плоском тазе, наблюдаются такие осложнения родового акта, как выпадение пуповины и конечностей плода, преждевременное отхождение вод и пр. Замечательно, что и



Рис. 483. Рахитический общеравномерносуженный таз.

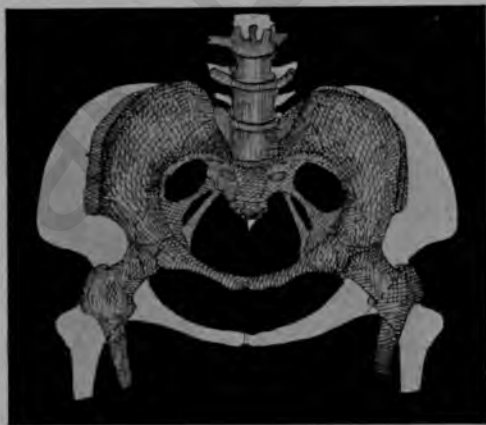


Рис. 484. Таз карлицы (по Витт'у).

образование свищей, как мочевых, так и кишечных, при общеравномерносуженных тазах наблюдается реже, чем при плоских той же степени сужения: очевидно, равномерное сдавливание мягких частей головкою плода, имеющее место при данной разновидности узкого таза, является гораздо менее вредным, в смысле последующего омертвления прижатых частей, чем неравномерное сдавливание, имеющее место при плоском тазе.

Прогностика родов при общеравномерносуженном тазе является тем более благоприятною, что значительные степени сужения при этом тазе встречаются относительно очень нечасто.

Заподозрить наличие разбираемой аномалии таза врач вправе, имея пред собою или женщину очень маленького роста, или, наоборот, — *virago*, т. е. женщину мужского типа. Окончательно вопрос решается путем измерения тазового кольца, производимого обычным способом.

Что касается, наконец, терапии родов при общеравномерносуженном тазе, то здесь придется, в общем, повторить то же, что выше было сказано о ведении родов при плоском тазе. И при данной форме сужения таза выбор терапии зависит прежде всего от степени сужения тазового кольца; только, в виду того, что приспособляемость головки здесь является, по сравнению с плоским тазом, ограниченной, в виду укорочения поперечника тазового кольца, — границы степеней сужения при общеравномерносуженном тазе определяются несколько выше, чем при плоском тазе: пределом абсолютного сужения считается, напр., не 6 сант., а $6\frac{1}{2}$ и т. д. Кроме того, имея в виду менее благоприятное влияние данной формы сужения таза на родовый акт, врач должен здесь несколько терпеливее проводить выжидательный образ действий, чем у рожениц с плоским тазом.

Сукочев. Два сл. искусств. прежд. родов. М. М. Г. 1862. — *Платонов.* Полное удаление матки вместе с плодом у карлицы. Ж. А. 1910.

Общеравномерносуженный таз. В отличие от предыдущей разновидности общесуженного таза данная форма в громадном большинстве случаев развивается на почве рахита, именно, длительного и тяжелого рахита, почему общеравномерносуженный таз известен также под названием общесуженного

рахитического. Кроме того, в то время, как предыдущая форма таза обнаруживает приблизительно одинаковое сужение во всех размерах, здесь прямой размер бывает уменьшен значительно сильнее, нежели поперечный, — отсюда название общесуженного плоского таза, усвояемое разбираемой разновидностью.

Встречаясь, повидимому, несколько реже, чем тазы предыдущих форм, общесуженный плоский таз относительно часто представляет значительные степени сужения. Уже одно это обстоятельство делает прогностику родов при нем неблагоприятною.

Впрочем и помимо того данной разновидности узкого таза присущи, в отношении влияния на родовой акт, невыгодные стороны и общеравномерносуженного, и плоского тазов. Суммируются, при этой форме таза, и особенности механизма родов, свойственные плоскому и общеравномерносуженному тазу: с одной стороны мы наблюдаем при ней такие неправильности, как низкое стояние большого родничка при вступлении головки во вход, асинклитизм и пр., с другой, — когда головка вколется в таз, она проделывает сгибание по типу общеравномерносуженного таза, т. е. сильнее нормы.

Распознается данная аномалия путем измерения таза. Кроме того, так как в большинстве случаев общесуженный плоский таз развивается на почве рахита, то у женщин с этой аномалией таза анамнез обнаруживает заболевание в детстве английской болезнью (девочки поздно начинают ходить), а объективное исследование — такие признаки рахита, как четкообразные ребра, искривление бедренных костей, недоразвитие подвздошных костей и т. д. Иногда сильный и длительный рахит, наряду с разбираемым сужением таза, вызывает такие деформации скелета

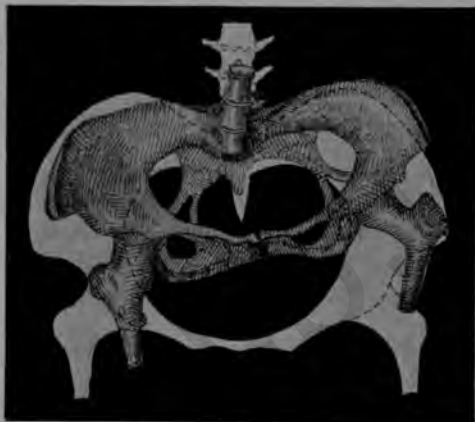


Рис. 485. Общеравномерносуженный (общесуженный плоский, общесуженный рахитический) таз.



Рис. 486. Фигура карлицы с общесуженным плоским рахитическим тазом (по Левичкому).

вообще, что они бросаются в глаза уже при одном взгляде на фигуру женщины с общесуженным плоским тазом.

Терапия родов при данной аномалии таза основывается на тех же принципах, какие выше были указаны для рожениц с плоскими тазами. При этом границы различных степеней сужения здесь должны быть, в виду укорочения поперечника тазового кольца, определяемы так же, как при общеравномерносуженном тазе, а не так, как при плоских тазах, т. е. границей абсолютного сужения надо считать истинную конъюгату не в 6, а в $6\frac{1}{2}$ сант. и т. д.

Левичкий. Таз карлицы, общесуженный плоский рахитический. Пр. Киев. А. О. 1895.

бб) Реже встречающиеся формы узкого таза.

Спондилолистетический таз. Как показывает уже самое название (*σπονδυλος* — позвонок и *δλισθάνειν* — скользить), эта форма узкого таза образуется, благодаря соскальзыванию V поясничного позвонка с основания крестцовой кости по направлению кпереди. Кпереди смещается при этом, однако, лишь тело позвонка вместе с верхними сочленовными отростками, *processus spinosus* вместе с нижними сочленовными отростками остается на месте. Конечно, это может произойти лишь при нарушении целостности позвоночных дуг, каковое нарушение, по *Нейебауэру*, может зависеть или от врожденного порочного образования



Рис. 487. Сагиттальный разрез через спондилолистетический таз (по Lenvi'у и Tarnier).

костной ткани, или от перелома дуг под влиянием травмы. Во всяком случае соскальзывание позвонка здесь происходит обыкновенно не сразу, а постепенно.

Разбираемую аномалию надо отличать от так наз. спондилематозного таза, который по *Крассовскому* возникает на почве разрушения тела V поясничного позвонка при сохранении задних его частей, а по другим авторам является результатом резкого поясничного лордоза, компенсирующего низко локализирующийся кифоз.

Спондилолистетический таз принадлежит к довольно редко встречающимся формам узкого таза, — до последнего времени было описано анатомически всего около 70 случаев данной аномалии. Клиническое значение последней основывается на том, что, благодаря соскальзыванию об'емистого тела V поясничного позвонка, передне-задний размер таза резко укорачивается. Фактическая величина его здесь определяется не истинной кон'югатой, т.е. не расстоянием от мыса крестцовой кости до симфиза, а т. наз. замещающей кон'югатой, проходящей между симфизом и наиболее выдающеюся кпереди точкою тела соскользнувшего позвонка, — и вот, эта замещающая кон'югата в спондилолистетическом тазу бывает обыкновенно настолько мала, что не допускает прохождения даже и перфорированной головки доношенного плода.

Распознать спондилолистез нетрудно уже при одном взгляде на фигуру женщины. Особенно бросается в глаза укорочение ее живота при нормальной длине грудной клетки и конечностей. Благодаря избытку мягких частей, живот у женщин с спондилолистезом представляется, далее, отвислым, по обе стороны над гребешками подвздошных костей бывают выражены толстые складки кожи. Наклонение таза отсутствует,



Рис. 488. Фигура женщины с спондилолистетическим тазом (по Ahlfeld'y).

и наружные половые части женщины смотрят прямо вперед (а не вперед и книзу, как обыкновенно). Позвоночник выше основания крестца бывает сильно вдавлен кпереди. *Нейебауэр* обращает также внимание на своеобразную походку больных (очень короткие шаги). Окончательно диагноз разбираемой аномалии устанавливается путем внутреннего исследования, при котором можно легко прощупать тело соскользнувшего позвонка. Заслуживает также внимания, что у женщин с спондилолистетическим тазом исследующий палец относительно легко достигает места бифуркации аорты.

Так как соскальзывание об'емистого тела V поясничного позвонка обыкновенно ведет к абсолютному сужению переднезаднего размера входа в таз, то обычным способом акушерского вмешательства при срочных родах у женщин с разбираемой формой узкого таза является кесарское сечение.

Клейн. Pelvis spondylolisthetica Mosquensis. М. Отч. М. Восп. Д. 1871. — *Нейебауэр.* К науке о т. наз. соскальзывании позвонков. II *Пир.* С. 1887. — *Лямбль.* Крит. разбор учения о вывихах V поясн. позвонка (spondylolisthesis). Р. Мед. 1889. — *Лямбль.* Самовывих позвоночника (spondylolisthesis). Варш. 1895. — *Вернер.* Спондилолистетический таз. Отч. Р. Вр. 1903.

Остеомалятический таз. Между тем как спондилолистетический таз всюду представляет большую редкость, остеомалятический таз в некоторых местностях встречается не так уж редко. К числу таких местностей относится, между прочим, и Казанский край. За время с 1903 по 1914 годы в заведующей мною Казанской акушерско-гинекологической клинике наблюдалось 16 случаев остеомалятического таза, которые и были описаны *Ключевским.*

Дело в том, что остеомаляция, или размягчение костей, результатом которой является разбираемая аномалия таза, представляет собою, несомненно, болезнь эндемическую. В Германии гнездами ее издавна являются долины Рейна и его притоков, в Швейцарии — окрестности Базеля, в Италии — местность кругом Милана и пр., а у нас в России — среднее Поволжье и Закавказье. Чем объясняется такая эндемичность

остеомаляции, — сказать трудно. Некоторые исследователи видят причину ее в недостаточном содержании в почве и воде тех местностей, где господствует остеомаляция, извести. К Казанской губернии, однако, это объяснение неприменимо, — здесь, напротив, вода отличается своею жесткостью. Еще менее удовлетворительным является объяснение, ставящее развитие остеомаляции в связь с сыростью местности.

Верно, однако, одно, — что в известных местностях не только люди, но и животные обнаруживают склонность к заболеванию остеомаляцией, причем в этиологии последней, кроме местности, играют роль и другие условия, в том числе пол. Обширные статистические данные свидетельствуют, что мужчины заболевают этою болезнью гораздо реже, чем женщины. Далее, несомненное значение в заболеваемости остеомаляцией играют также национальность и жизненные условия.

Наблюдения показывают, что из всех народностей, населяющих наше обширное отечество, наибольшее предрасположение к остеомаляции проявляет татарская. В материале *Скробанской* остеомаляция имела место у русских 14 раз, у татарок — 13, у армянок — 9, у евреек — 3, у грузинок — также 3 раза. Из 6 больных *Монина* 3 были татарки. Из 16 наших больных была лишь одна русская, да и та — не Казанская жительница, а приезжая, остальные же татарки. Между тем в населении Казанской губ. русских значительно больше, чем татар. Далее, среди инородческого населения губернии, кроме татар, много чуваш, черемисов и пр.; представители этих племен не реже татарок обращаются за помощью в Казанскую акушерско-гинекологическую клинику, а между тем у них остеомаляция не наблюдалась ни разу. Чем объясняется такое предрасположение татарок к заболеванию остеомаляцией, — сказать опять таки трудно. Всего вероятнее, что здесь значительную роль играет не столько национальность сама по себе, сколько религия и связанные с нею бытовые условия. В отличие от чуваш, черемис и пр. огромное большинство татар Казанской губ. — мусульмане, а у мусульман, как известно, женщины вынуждены бывают вести замкнутый образ жизни, не могущий не

отразиться на их здоровье, особенно, если помещение, где живет женщина, тесно, сыро, недостаточно освещается и пр.

А так это, повидимому, и есть на самом деле. Просматривая данные относительно социального положения наших больных, страдавших остеомалацией, нельзя не обратить внимание на то, что почти все они без исключения принадлежали к беднейшим классам городского татарского населения. Среди них не было ни состоятельных горожанок, ни живущих в деревнях крестьянок. Факт этот я объясняю тем, что бедные жительницы деревни уже в силу своей бедности не могут вести сидячего, замкнутого образа жизни, — они должны работать в полях, огородах и пр. и таким образом волею-неволею пользоваться свежим воздухом, каковое обстоятельство и спасает их от остеомалации; татарки состоятельных классов, в противоположность бедным жительницам деревни, имеют возможность сидеть дома, в замкнутых помещениях, но, по крайней мере, они пользуются здесь и простором, и хорошим питанием, представительницы же беднейших классов городского населения лишены как тех, так и других преимуществ, почему и становятся легко жертвами остеомалации.

Что жизненные условия играют важную роль в происхождении остеомалации, — за это говорят и лабораторные исследования Павлова на собаках.

Хотя остеомалация не составляет редкости и у старух (*osteomalacia senilis s. tarda*), тем не менее преимущественно она развивается в возрасте полного расцвета половой зрелости, причем замужние женщины, повидимому, предрасположены к ней более значительно, чем девушки. Вернее всего здесь играет роль не столько половая жизнь сама по себе, сколько связанная с нею родовая деятельность. Хотя наш материал и не подтверждает распространенного мнения о чрезмерной плодовитости остеомалатичек, однако беременность, повидимому, с одной стороны способствует возникновению остеомалации, с другой — усиливает ход возникшей ранее болезни. Это будет совершенно понятно, если мы вспомним, что некоторые авторы даже у нормальных беременных находили в костях изменения, характерные для остеомалации, — так, что последняя представляет собою

как бы патологическую ступень физиологически присущих беременности изменений скелета. Кроме беременности, как таковой, в этиологии остеомалации у замужних женщин играет, повидимому, известную роль родовая травма. Наконец, моментом, способствующим возникновению остеомалации и ухудшению ее течения, является, без сомнения, лактация, особенно длительная.

Некоторые авторы склонны видеть в остеомалации инфекционную болезнь, причем одни считают возбудителями ее бактерии нитрификации почвы, открытые *Виноградским*, другие — особых диплококков, выкультивированных из костей больных остеомалацией. Первый взгляд был опровергнут точными исследованиями, произведенными, между прочим, у нас *Чистовичем*; что касается второго, то в пользу его можно было бы привести целый ряд наблюдений. При всем том мысль об инфекционной природе данной болезни находит себе мало сторонников. Гораздо большим успехом пользуется взгляд на остеомалацию, как на болезнь обмена веществ, зависящую от расстройств внутренней секреции. При этом некоторые авторы, исходя из того лечебного эффекта, какой дает при остеомалации кастрация, видят в этой болезни результат расстройства внутренней секреции яичников, иные же склонны ставить происхождение ее в связь с расстройствами других эндокринных желез, напр., щитовидной железы, мозгового придатка, околощитовидных желез и пр.

Подводя итог современному положению вопроса об этиологии остеомалации, придется заключить, что причины этой болезни до сих пор остаются загадочными, и что, всего вероятнее, она является не выражением заболевания одного какого-либо органа с внутренней секрецией, а результатом нарушенного равновесия в функциях нескольких эндокринных желез.

Из патолого-анатомических изменений, имеющих место при остеомалации, главным, от которого эта болезнь и получила свое название, является размягчение костей, в отдельных случаях достигающее крайне высокой степени. Размягчение это многими авторами ставится в связь с декальцинацией вполне сформированных костей; в этом указанные авторы видят резкое отличие остеомалации от рахита, где кости



Рис. 489. Высокая степень размягчения костей при остеомаляции у 64-летней женщины (по Кауфману).

слово кальция в частности, чем нормальные. Однако уже химические анализы показывают, что при остеомалии дело идет не только о декальцинации готовой кости, но что и содержание органических веществ в костях здесь уклоняется от нормы. Гистологические исследования говорят, далее, что наряду с процессами резорбции в остеомалятических костях происходят и процессы новообразования костной ткани, притом не содержащей извести. С другой стороны и при рахите в костях можно бывает обнаружить процессы резорбции. В конце концов и остеомалятические, и рахитические кости могут давать, под микроскопом, совершенно идентичные картины. Если прибавить к этому, что, с одной стороны, рахит может наблюдаться не только у детей, но и у взрослых, а с другой — типичная остеомаляция встречается и в детском возрасте, то легко можно прийти к выводу, который разделяется многими современными учеными, — что остеомаляция и рахит суть болезни идентичные.

Лично я думаю, однако, что признавать такую идентичность рахита и остеомаляции в настоящее время по меньшей мере преждевременно. Как бы ни были сходны, при микроскопическом исследовании, процессы, разыгрывающиеся в костной ткани при обеих названных болезнях, все таки между последними для огромного большинства случаев останется та

также являются мягкими, но от того, что новообразующаяся костная ткань с самого начала является лишенной извести. И действительно, химические анализы показывают, что кости у остеомалятичек содержат гораздо меньше минеральных веществ вообще и фосфорноки-

существенная разница, что при остеомалиции размягчаются бывшие ранее твердыми кости взрослых суб'ектов, а в рахите мы имеем болезнь, по крайней мере начинающуюся в детском или даже в утробном возрасте.

Какие химические или биологические процессы принимают участие в рассасывании костной ткани при остеомалиции, — на этот счет существуют разные объяснения. Некоторые видят тут результат действия молочной кислоты, которая была находима как в костях, так и в моче у остеомаличичек, другие утверждают, что в костях у последних имеется фермент, действующий прямо или косвенно растворяющим образом на костную ткань. Как бы ни происходило дело, во всяком случае при остеомалиции нормальная костная ткань заменяется ненормальной и в частности — лишенной минеральных составных частей, главная масса которых в костях состоит, как известно, из фосфорнокислой извести. Отсюда уже а priori можно думать, что организм больных остеомалицией теряет большие количества, с одной стороны, кальция, с другой — фосфора. И действительно, точные исследования над обменом минеральных веществ при остеомалиции, произведенные, между прочим, на материале Казанской клиники *Ключевским*, свидетельствуют, что по крайней мере во время беременности при остеомалиции имеет место значительный перевес расхода солей кальция над приходом. *Ключевский* нашел, далее, что это нарушение известкового баланса у беременных остеомаличичек происходит на счет не только относительного, но и абсолютного количества выводимой извести, — что при беременности у остеомаличичек главным образом повышается количество извести, выводимое с калом, и что генез остеомалиции было бы неправильно ставить в связь с недостатком извести в пище и питьевой воде, ибо дело не в том, сколько кальция вводится в организм, а в том, сколько его задерживается здесь.

Лишаясь своих неорганических составных частей, кости при остеомалиции теряют свою нормальную твердость и становятся или мягкими (*osteomalacia flexibilis s. cerea*), или крайне ломкими (*osteomalacia fragilis*). Вместе с тем они начинают, в зависимости от различных механических моментов, легко под-

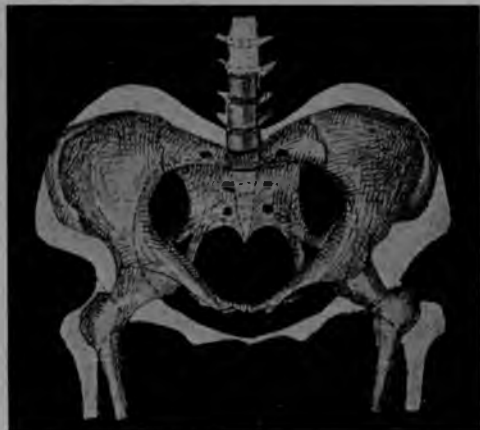


Рис. 490. Остеомалятический таз, начальная степень деформации.

его резко уменьшается, симфиз становится клювовидным, седалищные бугры сближаются: далее, под влиянием давления, которому подвергаются крылья подвздошных костей при лежачем положении больной на спине, они сгибаются под углом, а давление на крестец, действующее при сидячем положении больной, обуславливает перегиб под углом крестцовой кости. Все это, вместе взятое, дает в высшей степени характерную для остеомалации картину деформации таза.

Подобную же картину может дать лишь т. наз. ложно-остеомалятический спавшийся таз, возникающий на почве позднего и притом длительного рахита.

Кроме костной системы, при остеомалации наблюдаются характерные изменения и со стороны нервно-



Рис. 491. Остеомалятический таз, сильно выраженная деформация (форма червонного таза).

вергаться деформациям. Наиболее резко деформации эти выступают в тазу, который служит опорой для всего туловища: под влиянием давления со стороны позвоночника и противодействия со стороны бедер крестец и области вертлужных впадин вдавливаются внутрь, таз приобретает форму сначала треугольника потом червонного таза, просвет

мышечного аппарата: изолированные параличи *m. ilio-psoatis*, контрактуры приводящих мышц бедер парезы и атрофии различных мышц пр.

Среди наблюдающихся у остеомалитичек патолого-анатомических изменений внутренних органов наибольшее внима-

ние современных исследователей привлекают изменения в эндокринных железах и прежде всего в яичниках. Произведенные в этом направлении исследования обнаружили наличие в половых железах, с одной стороны, резкого гиалинового перерождения сосудов мозгового слоя, с другой — разрастание лютеиновой ткани в стенках атретических фолликулов. Некоторые наблюдатели признают эти изменения специфическими для остеомалитии; однако наблюдения *Ключевского*, произведенные в лаборатории заведомой мною клиники, и др. свидетельствуют, что эти изменения в отдельных случаях остеомалитии бывают выражены в далеко неодинаковой степени, — тогда как у одних больных они резко бросаются в глаза, у других они бывают выражены не выше нормы. То же самое, повидимому, надо сказать и относительно изменений в других эндокринных железах у остеомалитичек. Факт этот станет совершенно понятен, если смотреть на остеомалитию, как на результат заболевания различных эндокринных желез.



Рис. 493. Фигура беременной остеомалитички с резкими контрактурами бедренных мышц.



Рис. 492. Остеомалитический таз, резкая степень деформации (клювовидный симфиз).

Первыми симптомами, которыми выражается остеомалития, являются обычно боли в крестце,



Рис. 494. Талиновое перерождение сосудов мозгового слоя в яичнике остеомалитки (по Ключевскому).

тазу и ногам, иногда же болезнь эта прежде всего проявляется чувством тяжести в ногах и расстройствами походки, зависящими от поражения сгибающих и приводящих мышц бедра. В дальнейшем больные начинают жаловаться на уменьшение роста, полную невозможность ходить, затруднительность половых сношений и др.

расстройства, зависящие от деформаций скелета.

Раз начавшись, остеомалация в дальнейшем течении может то затихать, то обостряться, причем особенно ухудшающее влияние на ход ее оказывают, как уже упоминалось, беременность, роды и кормление грудью. В таком виде она может тянуться долгие годы, не убивая больных. В отдельных случаях, правда, она протекает более неблагоприятно и сравнительно быстро ведет к летальному исходу, но в общем прогностику остеомалации следует считать лучшею, чем это думали раньше.

Диагностика остеомалации в случаях резко выраженной болезни является нетрудною. Уже одна характерная деформация таза в связи с резким уменьшением *distantiae trochantericae* (*D. tr.*) относительно других размеров тазового кольца позволяет сразу распознать болезнь, если только анамнез (напр., сведения о ходе первых родов) делает несомненным, что до начала болезни

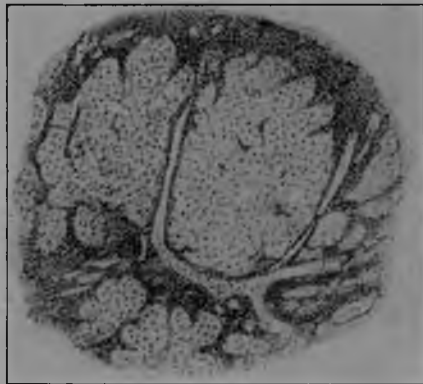


Рис. 495. Разрастание лютеиновой ткани в яичнике остеомалитки (по Ключевскому).

таз был нормальным. Последнее условие я подчеркиваю ввиду сходства остеомалатического таза с ложно-остеомалатическим (спавшимся рахитическим).

Гораздо труднее бывает распознать остеомалатию в ранних стадиях ее, когда болезнь еще не успела вызвать заметных деформаций скелета. В этих стадиях правильному распознаванию могут помочь такие признаки, как изолированный паралич *m. ilio-psoatis*, — как парезы и атрофии мышц, особенно бедренных, обуславливающие расстройства походки, — как подозрительные, яко-бы „ревматические“ боли в тазу и пр. В новейшее время для распознавания ранних стадий остеомалатии предлагают пользоваться X-лучами, для которых пораженные болезненным процессом участки кости, благодаря отсутствию в них извести, становятся более проходимыми.

Из лечебных средств, применяемых при остеомалатии, на первом плане надо поставить употребление фосфора. Применение этого средства здесь основано на том соображении, что при остеомалатии кости лишаются главным образом своих неорганических составных частей, среди которых первое место занимает фосфорнокислая известь. Вместе с многими другими наблюдателями и я получил от этого средства при остеомалатии настолько хорошие результаты, что охотно примыкаю к мнению авторов, рекомендующих лечение данной болезни всегда начинать с фосфора. Последний назначается мною обычно вместе с рыбьим жиром (*Rp. Phosphori O, I, Ol. jec. aselli 100,0, MDS. По 1 чайной ложке в день*).

Исследуя обмен веществ у одной остеомалатички, *Ключевский* убедился, что назначение фосфора повело за собою значительную задержку извести в организме. Лечение фосфором тем более заслуживает применения, что его можно продолжать очень долго, целыми годами, без всяких неблагоприятных последствий.

Кроме фосфора, для лечения остеомалатии давно уже рекомендовались: железо, чистый воздух, хорошее питание и пр.

Широкое распространение при разбираемой болезни получила также кастрация. Многочисленные наблюдения, произ-

веденные над хорошо прослеженными случаями, свидетельствуют, что эта операция более чем у $\frac{4}{5}$ больных, имеет своим результатом полное выздоровление последних. Поэтому в настоящее время большинством врачей принято за правило — в тех случаях остеомалации, где лечение фосфором не достигает цели, прибегать, как к последнему средству, к удалению яичников.

Исследования над обменом веществ, — между прочим произведенные и в нашей клинике *Ключевским*, — показывают, что после кастрации у остеомалатичек имеет место заметное уменьшение потерь извести, а экспериментальные исследования с пересадкой яичников, — что суть целебного действия кастрации при размягчении костей кроется в устранении внутренней секреции яичников.

Исходя из того, что остеомалация имеет в своей основе расстройство внутренней секреции, многие пробовали при этой болезни различные животные вытяжки, и нередко с успехом. Особенно хорошие результаты были получены при остеомалации от применения адреналина. В общем, однако, относительно применения при остеомалации животных вытяжек из различных эндокринных желез можно сказать, что при употреблении каждой из этих вытяжек наряду со случаями, где получался превосходный терапевтический эффект, встречались и случаи, где этот эффект был равен нулю. Обстоятельство это также служит подтверждением уже упомянутого выше взгляда, что в различных случаях остеомалации, по всей вероятности, имеется нарушение внутренней секреции различных эндокринных желез.

Обращаясь, в заключение, к акушерской терапии остеомалации, мы должны отметить, что остеомалатические тазы выгодно отличаются от других узких тазов своею растяжимостью („каучуковые тазы“), благодаря которой здесь не головка плода приспособляется к просвету таза, а наоборот, и роды *per vias naturales* иногда бывают возможны там, где, казалось бы, этого никоим образом не может позволить степень сужения. Зато уменьшение просвета тазового кольца в остеомалатических

тазах нередко бывает таково, что для окончания родов при них приходится прибегать к серьезнейшим видам оперативного вмешательства.

Из 16 случаев остеомалиции, наблюдавшихся в Казанской клинике и описанных *Ключевским*, в 7 таз был настолько узок, что в просвет его, через рукав, едва можно было провести 1, самое большее — 2 пальца. Немудрено, что в 3 из этих случаев, где больные оказались беременными, пришлось прибегнуть к кесарскому сечению, — во всех 3 случаях с благоприятным исходом и для плода, и для матери.

Бредов. Кес. сечение при остеомалиции. Пр. О. Р. В. 1862. — *Гуенбергер*. Сл. чрезмерной уступчивости ост. таза. М. М. Г. 1872. — *Толочинов*. Два сл. остеомалиции. М. В. 1879. — *Львов*. К каз. Порровских операций. Вр. 1881. — *Михнов*. Сл. ост. таза. Ж. А. 1890. — *Артемьев*. Сл. ост. таза. Н. Б. 1891. — *Деконский*. Сл. остеомалиции у беременной. Ж. А. 1892. — *Киселев*. О кастрации при остеомалиции. Б. Г. 1892. — *Чистович*. О новой теории остеомалиции и пр. Б. Г. 1893. — *Львов*. Кес. сеч. по *Porro* при ост. тазе. М. Об. 1893. — *Любович*. К каз. и патогенезу остеомалиции. Вр. З. 1895. — *Побединский*. Кес. сечение по *Porro* при остеомалиции и пр. Тр. М. А. О. 1897. — *Фагонский*. К вопр. об остеомалиции. Там же. — *Добберт*. К уч. о размягчении костей. Ж. А. 1898. — *Кауценеленбоген*. Сл. osteomalaciae. Пр. Киев. А. О. XI. — *Успенский*. Об остеомалиции у женщин и ее лечении. М. Об. 1899. — *Туканадзе*. К вопр. о морфол. изменениях крови при остеомалиции. Арх. Подв. 1899. — *Успенский*. К каз. неправильностей ж. таза. М. Об. 1900. — *Владимиров*. Кес. сечение с оскоплением при ост. тазе. Каз. М. Ж. 1901. — *Побединский*. Остеомалиция и ее лечение. Отч. М. Ак. К. 1899—1901. — *Ляховецкий*. К морф. крови при остеомалиции. Пр. О. В. Вост. Сиб. 1902. — *Собестианский*. Сл. кес. сеч. при остеом. тазе. Ж. А. 1903. — *Тирютин*. 2 сл. остеомалиции. Вр. Г. 1903. — *Павлов*. Лабор. наблюдения над размягчением костей у собаки. Отч. Р. Вр. 1905. — *Мыкертчьянц*. К вопр. об этиол. и лечении остеомалиции. Ж. А. 1905. — *Собестианский*. 5 кес. сечений и 3 перфорации при остеом. тазах. Ж. А. 1907. — *Бернштейн*. К пат. остеомалиции. Р. Вр. 1907. — *Гусев*. Кастрация по пов. остеомалиции. М. Об. 1907. — *Скробанский*. Мат. по из. остеомалиции и пр. Ж. А. 1908. — *Монин*. 6 сл. остеомалиции. Ж. А. 1908. — *Муссеев*. Об эксп. остеомалиции проф. Па-

влова. Вр. Г. 1909. — *Цитовский*. К каз. остеомалации. Пр. В. 1912. — *Калмыков*. 1 сл. остеомалации, леч. кастрацией. Ж. А. 1913. — *Жукова-Флоренсова*. Сл. остеомалации. Ж. А. 1913. — *Ключевский*. К уч. об остеомалации. Сб. *Грузд*.

Robert'овский таз. Эта форма узкого таза является наиболее редкой из всех, — в литературе до последнего



Рис. 496. *Robert'овский* (двусторонне-анкилотически-поперечносуженный) таз.

времени было анатомически описано не более 10 случаев *Robert'овского* таза. Как можно видеть из прилагаемого рисунка, данная аномалия характеризуется резким сужением поперечника во всех отделах тазового кольца, благодаря чему просвет последнего получает вид щели, вытянутой в переднезаднем направлении. Рассматривая

рисунок, можно подметить и анатомическую причину этой своеобразной конфигурации просвета тазового кольца: оказывается, в *Robert'овском* тазу имеется налицо лишь середина крестца, боковые же части совершенно отсутствуют, причем крестцовая кость соединена с подвздошными путем синостозов, неподвижно (отсюда другое название *Robert'овского* таза — анкилотически - поперечносуженный). Происхождение этой аномалии объясняют различно — или первичным недоразвитием крыльев крестца с последующим сращением в области крестцово-подвздошных сочленений, или внутриутробным воспалением этих сочленений с последующим их анкилозом и атрофией крыльев крестца. Распознать разбираемую форму очень легко при измерении таза. Что касается терапии родов при ней, то, само собою понятно, доношенный плод пройти через подобный таз не в состоянии, а потому при нем покажется кесарское сечение.

*Воронкообразный
(кифотический) таз.*

В огромном большинстве узких тазов суженым является вход в таз, притом преимущественно в прямом размере. Иногда, однако, размеры входа в таз являются нормальными, даже увеличенными против нормы, суженым же оказывается выход таза, притом, главным образом, в поперечном направлении. Такого рода таз носит название воронкообразного.

Воронкообразная форма таза в большинстве случаев развивается на почве кифоза, благодаря чему выражения „кифотический таз“ и „воронкообразный таз“ являются в сущности синонимами; в отдельных случаях, однако, воронкообразное сужение таза может иметь место и без наличия кифоза.

В большинстве учебников акушерства кифотические тазы отличаются от собственно-воронкообразных; я, однако, не вижу никакой практической нужды делить эти две группы узких тазов, представляющих полное сходство по своему строению.

Важно, напротив, иметь в виду, что отнюдь не всякий кифоз ведет за собою воронкообразное сужение таза, — кифоз, локализирующийся высоко, в верхней половине грудной части позвоночника, не от-

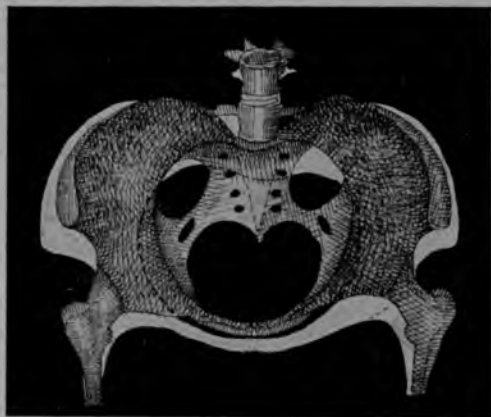


Рис. 497. Воронкообразный таз со стороны входа.



Рис. 498. Воронкообразный (кифотический) таз со стороны выхода (по Писемскому).

Бросается в глаза резкое сужение выхода таза в поперечном размере (размер этот равнялся в данном случае 8 сант.).



Рис. 499. Беременная с поясничным кифозом и ясно выраженным воронкообразным сужением таза.

ражается на архитектуре таза, ибо он компенсируется ниже лежащим лордозом; к воронкообразному сужению таза ведет лишь поясничный кифоз.

Значение воронкообразного сужения таза определяется его влиянием на ход второй половины изгнания плода. Так как при этой аномалии вход в таз бывает или нормальным, или даже шире нормы, то вступление головки в тазовое кольцо происходит обыкновенно, здесь беспрепятственно, и, лишь достигнув выхода таза, головка задерживается в своем поступательном движении — более или менее, в зависимости от степени сужения.

При отсутствии кифоза наличие воронкообразного сужения таза и заподозривается впервые именно во время родов, благодаря указанному замедлению в продвижении головки через тазовой выход; у женщин же с поясничным кифозом этот последний обязательно должен привлечь внимание врача на размеры тазового выхода. Окончательно в том и другом случае вопрос решается путем измерения выхода таза, особенно его поперечника, каковое измерение производится по указанным уже в своем месте правилам, тазомером с перекрещивающимися ножками.

Терапия родов при воронкообразном сужении таза определяется главным образом результатами этого измерения: если величина поперечника тазового выхода окажется при нем больше 8 сант., то роды можно предоставить естественному течению, или, в крайнем случае, прибегнуть к извлечению головки щипцами; если, далее, поперечник выхода меньше $5\frac{1}{2}$ сант., то для окончания родов необходимо прибегнуть к кесарскому сечению; наконец, при величине поперечника между $6\frac{1}{2}$ и 8 сант. можно думать, в зависимости от особенностей случая, об искусственных преждевременных родах, перфорации, пубитомии (resp. симфизеотомии) и, наконец, опять таки о кесарском сечении.

В отдельных случаях воронкообразного таза суженным бывает не поперечник, а прямой размер выхода — вследствие резкого выпячивания верхушки крестца кпереди. Иногда, далее, конъюгата тазового выхода бывает меньше нормы благодаря тому, что анкилозированный копчик неподвижно соединен с крестцом и не может отгибаться кзади; по *Лазаревичу* такое соединение копчика далеко не представляет редкости, — в Харьковской акушерской клинике, за время директорства *Лазаревича*, оно наблюдалось, напр., пять раз. В подобных случаях для того, чтобы доставить свободный проход головке, может возникнуть вопрос о резекции копчика или частичной временной резекции крестца.

Феноменов. К уч. о киф. тазе. Дисс. СПб. 1880. — *Воскресенский*. Киф. ж. таз, осложн. рахитизмом. Пр. О. Киев. В. Вр. 1884. — *Архангельский*. Сл. трудн. родов при неб. сужении вых. части таза. Ж. А. 1888. — *Бурков*. К вопр. о родах при киф. тазе. Вр. 1890. — *Красковский* и *Писемский*. Сл. разрыва матки во вр. родов у женщины с киф. тазом. Пр. Киев. А. О. VII. — *Димант*. Sacrotomia при сужении в пр. размере выхода. Ж. А. 1896. — *Левуцкий*. Женский киф. нерах. таз. Ж. А. 1897. — *Ануфриев*. Кес. сечение при киф. тазе и пр. СПб. 1908. — *Цовьянов*. 2 редк. сл. узкого таза. Отч. М. Ак. Кл. 1909—1913. — *Сипяев*. Сл. кес. сечения при киф. тазе. Сиб. В. 1914.

Кососуженные тазы. Как показывает самое название, тазы этой группы сужены в одном из косых размеров, каковое сужение может быть результатом одного из трех этиологических моментов: или анкилоза крестцово-подвздошного сочленения с недоразвитием соответствующего крыла крестцовой кости, или сколиоза, или коксита. Соответственно этому мы различаем среди кососуженных тазов: 1) тазы анкилотические, 2) тазы сколиотические и 3) тазы коксальгические.

Характерною особенностью анкилотических или *Naegele'*вских тазов, как их называют по имени впервые описавшего их автора, является, повторяю, анкилоз одного из крестцово-подвздошных сочленений с недоразвитием соответствующего крыла крестца. Взаимная связь между этими двумя изменениями истолковывается различно: по мнению одних авторов анкилоз,

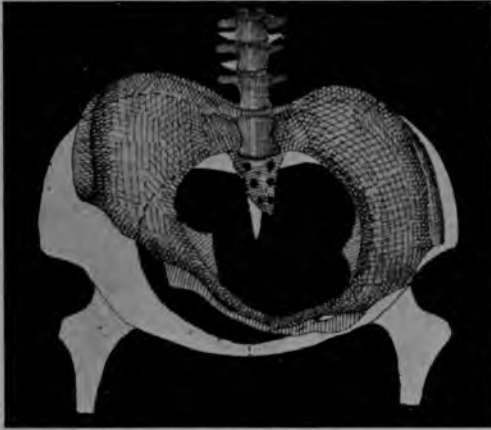


Рис. 500. Анкилотический кососуженный (Naegle'вский) таз.

тельно; весьма возможно, наконец, что в одних случаях *Naegle'*вского таза имеет место одна последовательность, в других — другая. Как-бы ни следовали друг за другом указанные аномалии, при недоразвитии крыла крестцовой кости неизбежно оказывается недоразвитою и соответствующая половина таза, из двух косых размеров один, именно, соответствующий крестцово-подвздошному сочленению большой стороны, становится больше другого, а позвоночник несколько изгибается в больную сторону.

При двустороннем анкилозе крестцово-подвздошных сочленений и недоразвитии обоих крыльев крестца получается, как уже выше было сказано, таз *Robert'*овского типа.

При сколиозе, или искривлении позвоночника вбок, женщина, чтобы удержать равновесие, должна при ходьбе

возникающий на почве воспаления крестцово-подвздошного сочленения в утробной жизни, есть явление первичное, недоразвитие же крыла крестцовой кости — последовательное; по мнению других, наоборот, первичным является недоразвитие крыла крестца, анкилоз же возникает в зависимости от этого порока развития, последова-



Рис. 501. Фигура женщины с кифосколиотическим тазом (по Ahlfeld'y).

и стоянии отклонять верхнюю часть туловища в сторону, противоположную той, куда обращена выпуклость сколиоза; напротив, противодействие, производимое на тазовое кольцо бедром, должно быть более значительно с той стороны, куда направлено искривление позвоночника; в итоге тазовое кольцо, — если процессы окостенения в нем еще неполне закончились (у молодых суб'ектов), — сплющивается в направлении косога размера, соответствующего здоровой стороне, и та половина его, куда обращена выпуклость сколиоза, оказывается суженною по сравнению с другою.



Рис. 502. Сколиотический таз при сколиозе, обращенном выпуклостью влево.

Относительно часто сколиоз у женщин бывает сочетан с кифозом, почему и таз одновременно представляет характерные черты и кифотического, и сколиотического.

Что касается, наконец, коксита, то он может, при различных условиях, оказывать диаметрально-противоположное влияние на размеры и конфигурацию тазового кольца. Если коксит протекает таким образом, что больная с неполне закончившимся окостенением таза, несмотря на болезнь, в состоянии бывает ходить, то она опирается при этом главным образом на здоровую конечность; с этой только стороны и испытывает тазовое кольцо противодействие со стороны бедра, вследствие чего кольцо это суживается в направлении косога размера больной стороны, и половина таза, соответствующая здоровой стороне, становится меньше другой.

Совершенно иной результат получается, если коксит, бывший у больной в раннем возрасте и совершенно закончившийся еще до времени полного окостенения скелета, оставит после

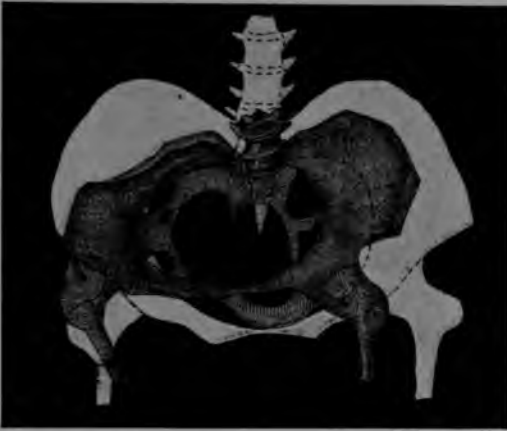


Рис. 503. Коксальгический таз при правостороннем коксите.

бедр, чем с другой. В итоге здесь укорачивается крестцово-подвздошное сочленение не больной, а здоровой стороны, и в области больной стороны просвет тазового кольца оказывается суженным.

Говоря о коксальгических тазах, упомянем кстати о редко встречающейся форме узкого таза, обязанной своим происхождением врожденному двустороннему вывиху бедер. Так как дети с этой аномалией очень поздно начинают ходить и в первые годы жизни только сидят, то тазовое кольцо у них испытывает давление со стороны позвоночника без соответствующего противодействия со стороны бедер. В результате оно сплющивается в передне-заднем размере, т. е. получается плоский таз. Аномалия эта, кроме того, резко отражается и на всей фигуре женщины.

себя укорочение одной ноги по сравнению с другой. Подобные субъекты при ходьбе обычно припадают на более короткую ногу, и с этой стороны еще не вполне окостеневшее, способное легко подвергаться деформации тазовое кольцо испытывает у них большее противодействие со стороны



Рис. 504. Фигура женщины с врожденным двусторонним вывихом бедер (по Ahlfeld'y).

В числе разновидностей косоуженного таза заслуживает упоминания, далее, косоовальный ассимилятический таз, описанный в русской акушерской литературе *Поповым*. Как и все ассимилятические тазы, он характеризуется наличием позвонков переходной формы между поясничными и крестцовыми, причем, однако, ассимиляция является в нем одностороннею: с одной стороны ассимиляционный позвонок выглядит, как поясничный, с другой — как крестцовый. По мнению *Попова* возникновение этой аномалии относится к самым ранним стадиям зародышевой жизни, когда еще не образовались центры окостенения.

Распознать косоуженный таз того или другого типа очень легко. При анкилотическом тазе сразу бросается в глаза ненормальная посадка тела больной: так как при этом тазе центр тяжести туловища несколько перемещен в здоровую сторону, то женщина держит туловище изогнутым туда, где находится анкилоз. Еще легче заподозрить у больной сколиотический косоуженный таз, при котором бросается в глаза искривление позвоночника, а также коксальгический, при котором пациентка или не пользуется больной ногой, или имеет одну ногу короче другой.

Окончательно убедиться, что у больной существует косое сужение таза, и определить его степень можно помощью тазоизмерения. С этою целью измеряют обыкновенным тазомером 1) расстояния от нижнего края симфиза (*lig. arcuatus inferius*) до *spina ossis ilium posterior superior* правой и левой стороны, 2) расстояния от остистого отростка V поясничного позвонка до *spina ossis ilium anterior superior* той и другой стороны и 3) расстояния от *spina ossis ilium anterior superior* правой стороны до *spina ossis ilium posterior superior* левой стороны и наоборот. Полученные таким образом члены всех 3 пар сравниваются между собою, и, если разница между ними будет больше $1\frac{1}{2}$ сант., — значит, имеется настолько значительное косое сужение таза, что оно отражается на ходе родов.

Влияние, оказываемое косоуженным тазом на ход родового акта, зависит, конечно, прежде всего от степени сужения. В общем при анкилотической разновидности косоуженного таза

расстройства родов бывают выражены более резко, чем при сколиотическом и коксальгическом тазах, именно потому, что деформация таза при первой аномалии бывает более значительна, чем при двух последних.

Из особенностей родов при косом сужении таза особенно заслуживает внимания две особенности механизма. Первая состоит в том, что при тазах этого рода головка проявляет тенденцию устанавливаться стреловидным швом соответственно более длинному косому размеру. Вторая особенность, сравнительно часто наблюдаемая при значительных косых сужениях таза, — это внесрединное вставление головки. Если разделить просвет кососуженного таза на две половины сагиттальной линией, то одна половина его будет гораздо больше другой; головка и вставляется только в большую половину таза, тогда как меньшая совершенно не утилизируется ею.

Относительно терапии родов при кососуженном тазе надо заметить, что здесь не выработано таких точных цифровых норм для применения тех или других акушерских операций, как, напр., при плоском тазе. Акушеру приходится поэтому действовать здесь в зависимости от особенностей каждого отдельного случая, принимая в расчет степень сужения, конфигурацию тазового просвета, величину головки плода, механизм родов и пр.

Гуенбергер. Косоовальный рахитически-гидроррахический таз. М. Отч. Моск. Род. З. 1876-77. — *Селет.* Демонстрация препарата таз. обл. женщины с коксальгическим тазом, в конце 9 мес. беременности. Пр. Киев. А. О. I. — *Федоров.* К вопросу формирования детск. таза при внутримат. повреждении нижних конечностей плода. М. Об. 1890. — *Ануфриев.* Сл. кифосколиоза рахит. косопоств. таза. Сб. Слав. I. — *Миронов.* Кес. сеч. по пов. обще- и кососуженного таза. Р. Вр. 1903. — *Попов.* Косоовальные ассимилятические тазы. Изв. В.-М. Ак. 1906. — *Цовьянов.* 2 редких сл. узкого таза (1 сл. *Naegele*'вского таза). Тр. Моск. А. О. 1911.

Тазы, суженные вследствие переломов и новообразований.

Иногда переломы костей таза настолько деформируют последний, что тазовое кольцо оказывается не в состоянии пропустить сквозь себя тело доношенного ребенка. *Пластунов* описал интересный случай, где у женщины, засыпанной обрушившейся

землей, переломы костей таза повели за собою такое сужение его, что автору для окончания родов пришлось прибегнуть к кесарскому сечению.

Еще чаще таз бывает сужен вследствие различных новообразований. Тазовые кости и их надкостница могут служить исходными пунктами развития энхондром (случаи *Нечипоренко*, *Опокина* и др.), сарком (случаи *Липинского*, *Бекмана* и др.), фибром (случай *Цеханович-Левкович* и др.) и пр. опухолей, причем последние могут достигать весьма значительной величины, — *Малис* и *Шор*, напр., описали энхондрому таза, весившую 20 фунтов. Разумеется, столь об'емистые опухоли настолько суживают просвет тазового кольца, что единственным возможным способом родоразрешения является здесь кесарское сечение, даже при заведомо мертвом плоде, как то было в случае *Нечипоренко* (энхондрома в 3 кулака величиною, попытки извлечь ребенка краниокластом, после перфорации головки, оказались безуспешными, и пришлось прибегнуть к образованию искусственных путей для извлечения ребенка).

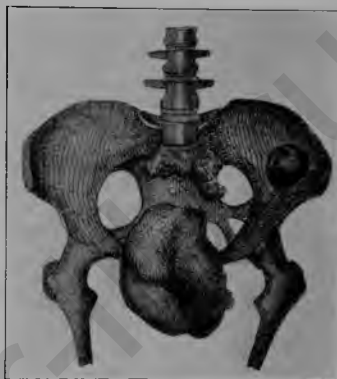


Рис. 505.

Таз, суженный новообразованиями.

Макеев. Таз многород. женщины с наростом на пер. стенке его. Вр. 1881. — *Крассовский*. 2 сл. кес. сечения, произв. по сп. *Porro*. Ж. А. 1888. — *Кадьян*. О фибромиоме таза. Пр. Симб. М. О. 1888. — *Липинский*. Сл. сарком. опухоли надкостницы ossis pubis. Пр. О. Вр. Мог. Г. 1890-91. — *Макеев*. Сл. кес. сечения по пов. опухоли таза. Ж. А. 1896. — *Рейн*. Сл. удаления таз. опухоли по сакральному способу. Пр. Киев. А. О. 1898. — *Нечипоренко*. К каз. операций новообразований мал. таза, препятствующих родоразрешению. Вр. 1899. — *Рудницкий*. Кес. сечение всл. опухоли таза. Вр. Г. 1903. — *Опокин*. Энхондромы таза. Арх. *Вельям*. 1906. — *Пластунов*. Сл. консерв. кес. сечения и пр. Ж. А. 1909. — *Малис* и *Шор*. К каз. энхондром таза. Вр. Г. 1912. — *Цеханович-Левкович*. Сл. удаления тазовой опу-

холи. Вр. Г. 1913. — Бекман. Сл. саркомы таза, посл. абсол. показанием для кес. сечения. Отч. Ж. А. 1916.

Г. Аномалии различных частей плодного яйца.

До сих пор мы разбирали те препятствия для родов, которые имеют место со стороны организма матери; теперь посмотрим, как влияют на течение родового акта аномалии различных частей плодного яйца и прежде всего — главной из этих частей, плода.

а) Аномалии плода.

Чрезмерная величина плода. К числу аномалий плода, препятствующих правильному течению родов, прежде всего относится чрезмерная величина его. Обыкновенно доношенный плод имеет около 50 сант. в длину при весе в 3,25—3,4 килограмма. Нередко, однако, новорожденные имеют длину и вес значительно выше указанных норм. В медицинской литературе описаны случаи, где вес новорожденного доходил до 11,5 кило (случай *Crantz'a*), а длина—до 70 (случай *Ortega*) и даже 76 сант. (случай *Beach'a*). Что касается детей в 15—16 фунтов весом, то появление их на свет наблюдается не так уж редко. Между прочим в Казанской акушерско-гинекологической клинике в первый год моего заведования ею имело место рождение ребенка, вес которого почти в 2 раза превышал обычную норму, именно, равнялся 5950,0.

Такие дети-великаны могут служить серьезным препятствием для родов, так как об'ем их тела слишком не соответствует размерам тазового кольца. При этом обыкновенно наиболее об'емистой, в поперечном сечении, частью плода является его головка, которая чаще всего и застревает в тазу; у детей-великанов же, напротив, головка часто проходит через таз сравнительно легко, и плод застревает в тазу своими плечиками. Чтобы вывести последние, сначала можно прибегнуть к тому приему, какой практикуется и при нормальных родах: захватив головку и оттягивая ее книзу, подводят переднее плечико под симфиз, потом, оттягивая головку кверху, выводят из за промежности заднее плечико и, наконец, извлекают переднее плечико. Если таким образом извлечь плечики не удастся, то извлекают заднее плечико указательным пальцем, крючкообразно

согнутым и введенным в подмышечную впадину. Не удается и это, — прибегают к помощи тупого крючка, а если и при употреблении последнего плечики не прорезываются, остается применить операцию рассечения плечевого пояса или клейдотомию. Суть этой операции заключается в том, что ключица, под контролем пальца, перерезывается изогнутыми, крепкими, с закругленными концами ножницами. После перерезки ключицы плечевой пояс спадается, и верхний отдел туловища плода легко извлекается наружу.

Каминский. Трудные роды. М. М. Г. 1866. — *Свистунов-Свисловский.* Сл. неправильных родов. Ж. А. 1891. — *Резников.* Сл. весьма трудных родов всл. чрезмерной величины плода. Ю. М. Г. 1896. — *Рубинштейн.* К каз. задержания туловища плода после рождения головки. Пр. Бел. М. О. 1897—1900. — *Агафонов.* К каз. крупных плодов. Вр. 1901. — *Рунков.* Полупудовый младенец. Вр. Г. 1914.

Головная водянка плода. Чаше чрезмерной величины всего плода помехою для родов является чрезмерная величина головки плода, обязанная своим происхождением гидроцефалии или головной водянке. При этой болезни, встречающейся приблизительно у 1 новорожденного из 3000 (за 29 лет в Московском Родовспомогательном Заведении на 131 523 родов было, по *Иванову*, 45 случаев гидроцефалии), головка плода содержит увеличенное против нормы количество цереброспинальной жидкости, которая скопляется или в боковых желудочках мозга (*hydrocephalia interna*), или, реже, в суб'арахноидальном пространстве (*hydrocephalia externa*). Так как количество ее может при этом быть очень значительно, — до 5 литров, — то, естественно, гидроцефалия связана с резким увеличением объема головки, окружность которой в случае *Тупякова* достигала, напр., 77 сант.

При таких размерах головка плода, конечно, не может пройти через таз нормальной величины, роды затягиваются, и, за исключением редких случаев самопроизвольного разрыва и опорожнения головки, дело кончается разрывом матки. Последний наступает здесь тем легче, что нижний сегмент маточного тела в подобных случаях еще до начала родовых схваток бывает уже сильно растянут.



Рис. 506. Роды при головной водянке плода. Нижний сегмент маточного тела значительно растянут.

Распознать головную водянку плода при родах — дело неособенно трудное. Если при нормальном тазе и достаточно сильных схватках головка плода, лежащего в продольном положении, долго не вкочливается в таз, то уже одно это обстоятельство должно заставить врача-акушера заподозрить не имеется ли в данном случае гидроцефалии. Окончательно диагноз устанавливается путем внутреннего исследования, при котором бросаются в глаза чрезмерно широкие швы на головке плода, ненормально большие роднички и пергаментная

податливость костей; последний признак, впрочем, бывает не всегда, — иногда кости при головной водянке бывают, хотя и тонки, но довольно тверды; гораздо более надежным признаком является констатируемое при внутреннем исследовании несоответствие между величиной черепной и лицевой частей головки.

Когда головная водянка диагностирована, врач должен немедленно прибегнуть к оперативному вмешательству, чтобы избавить роженицу от опасности разрыва матки. Вмешательство это должно заключаться в проколе головки, производимом лучше всего под контролем зрения, в области шва или родничка, троакарном или каким-нибудь другим колющим инструментом. После прокола роды должны быть предоставлены естественному течению, так как, будучи опорожнена от водяночной жидкости, головка обычно спадается и под действием изгоняющих сил без труда проталкивается через тазовое кольцо.

Если, несмотря на пункцию, изгнания головки все таки не происходит, тогда лучше всего для окончания родов прибегнуть к краниоклазии.

Прокол головки при гидроцефалии сопряжен, конечно, с известной степенью опасности для плода, но с этим нет нужды считаться, так как, во-первых, жизнеспособность новорожденных с головной водянкой все равно очень невелика, а во-вторых, пункция головки, с другой стороны, оказывает и благоприятный эффект на данную болезнь, почему и рекомендуется многими авторами в качестве лучшего лечебного средства при прирожденной гидроцефалии.

Некоторые акушеры предпочитают после прокола производить поворот и, при наличии необходимых для того условий, извлечение плода за ножки. И действительно, данные, собранные *Ивановым*, свидетельствуют, что роды в тазовом предлежании протекают при гидроцефалии гораздо более благоприятно, чем в головном предлежании. Однако опасность вызвать разрыв растянутого нижнего сегмента при производстве операции поворота заставляет лучше рекомендовать тот образ действий, который указан нами вначале, т. е. пункцию с последующим предоставлением окончания родов силам природы (resp. с последующей краниоклазией).

Моравский. Hydrocephalus в 10 дюймов в диаметре, извлеч. без прободения головки. Совр. М. 1862. — *Ситовский*. Сл. родов при гол. водянке плода. Пр. Тамб. М. О. 1879. — *Тупяков*. Сл. утробной гидроцефалии. М. Об. 1896. — *Гершун*. Сл. родов при водянке головы плода. Тр. О. Киев. В. 1896. — *Мартынов*. Сл. родов при водянке головы. Ж. А. 1897. — *Кипарский*. Уродство плода. Отч. Стол. 1898—1900. — *Коптев*. Hydrocephalus. Там же. — *Тизенгаузен*. Сл. гидроцефалии. Там же. — *Мыкертчьянц*. Hydrocephalus в таз. положении. Ж. А. 1906. — *Иванов*. Особенности родов при уродливостях плода. Ж. А. 1912.

Гемии- и анэнцефалия плода. Полную, в практическом отношении, противоположность головной водянке представляет гемиецефалия (resp. anencephalia) плода, — часто встречающийся порок развития, при котором развитою является лишь лицевая часть головки, черепная же почти совершенно



Рис. 507. Anencephalus.

отсутствует или очень слабо развита. Так как головка в целом имеет, при данном пороке развития, очень небольшой об'ем, то при гемицефалии роды и протекают обычно без помехи, и, если данная аномалия заслуживает внимания со стороны акушера-практика, то только потому, что она может подать повод к диагностическим ошибкам.

Гусев описал, напр., случай, где мозговые оболочки у анэнцефалика наощупь производили впечатление покровов мошонки и заставили предположить ягодичное предлежание плода. Для отличительного распознавания *Попандопуло* рекомендует, при исследовании, надавливать на мозговые бугры: получающиеся при этом конвульсивные движения плода служат несомненным признаком наличия гемицефалии.

Гусев. Трудность распознавания анэнцефалии плода во вр. родов. *Ж. А.* 1914. — *Попандопуло*. Сл. гемицефалии в связи с его диагностикой. *Ж. А.* 1914.

Чрезмерная величина туловища плода. Иногда помехой для родов служит не головка, а туловище плода, об'ем которого значительно увеличен против нормы вследствие различных патологических процессов, напр., вследствие скопления свободной жидкости в брюшной полости (*Проскуриным* было собрано из литературы 45 случаев подобного рода, из которых в 20 имел место асцит, в 14 — перитонит и пр.), вследствие задержания мочи в различных отделах мочевого тракта (тот же автор собрал 59 случаев растяжения мочевого пузыря у плода скопившейся мочою, 5 случаев растяжения мочеточников и т. д.), вследствие развития у плода кистовидных и

плотных опухолей (кист яичника, как в случае *Карчевского*, аневризм аорты, как в случае *Веноменова*) и пр. Как и при гидроцефалии, наилучшей терапией в подобных случаях бывает обычно пункция, — только, конечно, не головки, а живота плода, представляющегося здесь большею частью в виде более или менее об'емистого пузыря.

Проскурин. О патол. родах, обусл. скоплением в брюшной полости плода выпотной жидкости (hydro-abdomen). Ж. А. 1911. См. также литературу аномалий плода в отделе патологии беременности.

Сросшиеся двойни. Излагая в своем месте учение о многоплодной беременности, мы уже упоминали об однойяйцевых моноамниотических близнецах, имеющих общую водную оболочку, иногда — общую пуповину (не говоря уже, конечно, о плаценте), а иногда — общие органы тела. В последнем случае получаются т. наз. сросшиеся двойни, — мы говорим „так называемые“, ибо еще неизвестно, возникают ли они действительно путем сращения первоначально обособленных зачатков, или, наоборот, являются результатом неполного разделения продуктов двойничной сегментации яйца.

Как бы ни возникали сросшиеся двойни, во всяком случае они, кроме огромного анатомического и биологического интереса, представляют и чисто практический интерес для врача - акушера. Тазовое кольцо у женщины в норме имеет такой просвет, что чрез него едва в состоянии бывает пройти один доношенный плод, если же будут проходить два плода одновременно, — что и бывает обычно именно при сросшихся двойнях, — то неизбежно возникнут тяжелые препятствия для родов. С этой точки зрения рационально, вместе с *Veit*'ом, различать три группы сросшихся двойней: 1) двойни, у которых лишь один конец, — головной, resp. голово - грудной или тазовый, — вполне разделен, в другом же имеется более или менее интимное сращение, 2) двойни, сращенные или головными, или ягодичными, — во всяком случае „узкими“, — концами тела, и 3) двойни, сращенные „широкими“ концами или поверхностями туловища — передними (грудными или брюшными), задними (спинными) или боковыми. В первую группу



Рис. 508. Роды двухголового уroda (dicephalus tetrabrachius) (рисовано по препарату Патолого-Анатомического Музея Каванского Университета).

Обе головки урода одновременно вступают во вход таза.

возможны, приходится прибегать к уменьшению об'ема хотя-бы одной из них.

Однако и при дицефалии возможен такой ход родового акта, что сначала родится одна головка, потом туловище, затем другая головка, и таким образом урод может явиться на свет живым. Что подобного рода случаи возможны, — за это говорят, прежде всего, прямые наблюдения некоторых современных акушеров. Далее, об этом же свидетельствуют исторически известные случаи, где подобные двухголовые уроды не только рождались живыми, но и жили после родов

могут быть отнесены т. наз. янусы (уроды с двумя лицами), двухголовые уроды и пр., во вторую — краниопаги, ишиопаги, пигопаги, в третью — ксифопаги, стернопаги, торакопаги и т. д.

Рождение двойничных уродов, принадлежащих к первой группе, может иногда представлять серьезные затруднения, а именно, если раздвоенным у них является головной конец. В большинстве случаев этого рода обе головки вступают в таз одновременно, и для того, чтобы роды были



Рис. 509. Двухголовый урод, описанный в XVI веке Raelf'ом.

более или менее значительное время. Так, *Rueff*, в 1569 г., сообщает о двухголовом субъекте, жившем более 30 лет, обе головы которого говорили вместе, пили и ели также одновременно. В Шотландии, в царствование короля *Джемса IV* (1488—1513), достиг 28-летнего возраста мужчина, у которого нижняя часть тела была одиночная, а верхняя двойная: две головы, две груди, две пары рук. По особому приказу короля он был взят ко двору и получил тщательное воспитание: говорил на нескольких языках, был хорошим музыкантом и пр. Обе головы его имели совершенно обособленную психику и часто ссорились между собою. В одном из



Рис. 510. Близнецы Джованни-Джакомо Точчо (по *Saltarino*).



Рис. 511. Двойни, сросшиеся головками и грудными клетками (*Cephalothorax tetra-brachius*) спереди.

парижских музеев до сих пор хранится скелет сестер *Филомены* и *Елены*, которые имели общий таз и ноги, но обособленные груди и головы; прожили сестры всего 8 месяцев. Еще большую известность получили жившие в Париже, в 30-х годах прошлого столетия, сестры *Ритта* и *Кристина*, представлявшие то же уродство. Наконец, близнецы с подобным же уродством еще недавно жили, по *Saltarino*, в Италии, а может быть, живут и теперь, — это *Джованни—Джакомо Точчо*, родившиеся в 1877 году. Тело их ниже 6-го ребра —



Рис. 512. Двойни, сросшиеся головками и грудными клетками (Kerphalothoracopagus tetrabrachius) саади.

общее, а выше — раздельное. Будучи уже 22 лет от роду, братья Точко могли ходить лишь с постороннею помощью.

Если раздвоенным является ягодичный конец, то обыкновенно роды протекают без больших затруднений. Правда, как интимно-бы не было слияние головок в подобных случаях, все же общая головка близнецов превышает по объему головку одного плода; но так как уроды этого сорта обычно рождаются недоношенными, то, несмотря на указанное обстоятельство, головка их все-таки в состоянии бывает пройти через таз.

При двойных уродствах этого вида затруднения возникают скорее со стороны ножек: если во время родов имеется неполное ножное предлежание, — две ножки находятся в рукаве, а две остальных согнуты в тазобедренных сочленениях, то, пока они не низведены, роды обычно не подвигаются вперед; это наблюдается и в том случае, если согнута даже одна только ножка из четырех. Указанное обстоятельство необходимо иметь в виду в тех случаях данного уродства, где акушер решается кончить роды поворотом и экстракцией, — при повороте должны быть низведены все 4 ножки; за все же 4 ножки надо производить и извлечение.

Родовой акт при двойных уродствах второй группы протекает обыкновенно без больших помех, хотя бы близнецы имели и значительный объем, так как здесь один из близнецов проходит чрез тазовое кольцо вслед за другим.

Так как сросшиеся близнецы этой группы, — пигопаги, ишиопаги, краниопаги и пр., в противоположность двойничным

уродам первой группы часто бывают доношенными и жизнеспособными, то понятно, почему в литературе известно сравнительно много случаев, где подобные близнецы жили более или менее продолжительное время.

В XVIII веке особенно известностью пользовались упоминаемые Buffon'ом сестры-пигопаги Елена и Юдифь, родившиеся в 1701 г. и умершие на 22-м году жизни. Они были соединены ягодичными и отчасти поясничными

отделами тела, имели один задний проход и общие genitalia externa, но отдельные genitalia interna; прямая кишка у каждой сестры была также своя. Обе аорты и обе нижних полых вены соединялись у сестер своими концами. Темперамент и характер сестер были различны: Елена была живее и интеллигентнее сестры; последняя страдала истерией, Елена—нет. Обе сестры очень любили друг друга; в раннем детстве они впрочем нередко ссорились и даже дрались между собою. Менструации появились у них в различное время и отличались по продолжительности, количеству и времени прихода. Позывы на низ ощущались обеими сестрами одновременно, позывы же на мочу—порознь. Елена и Юдифь могли ходить вперед и назад, но медленно, и сидеть. Иногда одна из них бодрствовала, а другая спала, одна работала, другая отдыхала. Т⁰ тела у них была различная, — когда одна лихорадила, у другой т⁰ оставалась нормальной. Детские бо-



Рис. 513. Роды сросшихся двойней типа *kerphalothoracopagus* (рисовано по препарату Паталого-Анатомического Музея Казанского Университета).

Общая головка сросшихся близнецов в состоянии свободно пройти через тазовое кольцо. Экстракцию плодов при этом уродстве следует производить за все 4 нижних конечности.



Рис. 514. Роды сросшихся двойней типа ischioragus. Близнецы проходят через таз друг за другом, причем первый рождается в головном предлежании, второй — в тазовом.

лезни, напр., краснуху и ветреную оспу, они перенесли одновременно. На 19-м году жизни Юдифь тяжело захворала; Елену также приготовили к смерти. Юдифь, однако, выздоровела — с тем, чтобы 3 года спустя умереть от „воспаления мозга и легких“. Елена умерла тотчас же по смерти сестры, хотя за минуту перед тем чувствовала себя превосходно.

Далее, из числа пигопагов пользовались известностью сестры Милли и Христина, исследованные *Virchow*-ом и получившие прозвище „двухголового соловья“ за свои прекрасные голоса — контральто и сопрано.

В настоящее время широкою известностью пользуются принадлежащие к категории пигопагов „чешские сестры“ Роза и Йозефа Блажек, родившиеся в 1878 году. Роды их произошли так, что сначала показалась на свет голова Розы, потом 2 пары ножек и, наконец, туловище и голова Йозефы. Ходить сестры начали 1-го года, говорить — 2-х лет. На 13-м году Роза перенесла дифтерию; Йозефа осталась свободной от последней, но за то, испугавшись большой собаки, вскоре заболела хореей, припадками которой и страдала 13 недель. Менструировать обе сестры начали на 13-м году; менструации приходят у них одновременно, через 4 недели. Произведенное в клинике *Charité*, в Берлине, исследование сестер дало, по *Stölnzer*'у и *Henneberg*'у, следующие результаты: когда сестры стоят, Роза находится справа, Йозефа — слева; рост первой — 144 сант., второй — 142, вес обоих — 85 кило; сестры могут целовать друг друга, без неудобств сидят и лежат; сзади их позвоночники направлены под углом в 45° друг к другу; наруж-

ные половые органы и задний проход у сестер — общие, внутреннее половые части — отдельные; ходят сестры, выдвигая одновременно правые, resp. левые ноги; Иозефа — левша; радужные оболочки и волосы у сестер одинакового цвета; область кожи, где существует общая чувствительность, у них очень невелика, — в частности такая общая чувствительность присуща у них заднему проходу, входу в рукав, отверстию уретры и наружным половым частям; частота пульса у



Рис. 515. Пигопаги сестры Блажек (по Broman'у).

них неодинакова, — у Розы пульс чаще; засыпают и пробуждаются сестры в разное время, пищу принимают одновременно, но аппетит у них зачастую бывает неодинаков. Характер сестер различен: Иозефа — живее, нервнее и интеллигентнее. В общем, однако, интеллигентность у обеих сестер ниже нормы. Половое чувство развито у сестер слабо. Впрочем Роза не раз влюблялась. Весной 1910 года она сделалась матерью, причем, после рождения ребенка, — кстати сказать, вполне нормального, — молоко появилось в грудях у обеих сестер. Духовно Роза и Иозефа — совершенно самостоятельные особи; поэтому они нередко расходятся в мнениях, а в детстве споры между ними доходили и до драк . . .

Что касается краниопагов, то в Майнце, в конце XVI века, жили до 10 лет две сестры, сросшиеся лбами; когда одна из них умерла, погибла и другая, несмотря на сделанную операцию. Второй подобный случай описан *Albrecht'*ом; близнецы здесь были соединены черепами, родились в де-

кабре 1733 года и были еще живы в марте следующего года. *Villeneuve* описал относящийся к 1829 году случай, где женщина 24 лет легко родила 2 близнецов, вскоре после рождения умерших, мужского пола, правильно развитых, но соединенных друг с другом черепными сводами; когда их вскрыли, — оказалось, что черепные полости обоих были соединены отверстием.

При сросшихся двойнях, принадлежащих к третьей группе, роды могут встречать немалые затруднения, так как, с одной стороны, здесь иногда крупные части обоих близнецов одновременно вступают в таз, а с другой—близнецы этого сорта зачастую рождаются вполне доношенными. Без сомнения рождение их было бы обставлено еще большими трудностями, если бы соединение этих близнецов, благодаря своей растяжимости, не допускало значительной подвижности их друг относительно друга. Благодаря этой подвижности, ксифопаги, напр.,

могут родиться одновременно так, что сначала прорезается головка одного близнеца вместе с ножками другого, потом оба туловища, затем головка другого близнеца с ножками первого. Благодаря этой же подвижности, сросшиеся двойни данной группы могут рождаться и действительно нередко рождаются так же, как обыкновенные двойни, т. е. сначала один близнец, потом другой. При этом после рождения первого близнеца второй нередко оказывается лежащим поперечно и рождается или после поворота, или *corpore duplicato* (как то было в случае, описанном



Рис. 516. Роды сросшихся двойней типа *xiphopagus*. Благодаря податливости соединительной перемычки, близнецы при родах располагаются так, что нижние конечности одного прилежат к головке другого. В этом положении двойни могут одновременно пройти через тазовое кольцо.

Серебренниковым). Разумеется, и „коллизии“ близнецов, о которых будет речь ниже, при сросшихся двойнях данного типа, уже рассуждая а priori, должны встречаться чаще, чем при обыкновенных двойнях, каковое обстоятельство сравнительно часто заставляет здесь прибегать к операциям типа эмбриотомии.

Так как сросшиеся двойни, принадлежащие к данной категории, очень нередко бывают доношенными и могут родиться без помощи операций, уменьшающих объем плода, то становится



Рис. 517. Роды двойней, сросшихся в области грудной клетки (thoracopagus).

Один из близнецов родился, другой находится в поперечном положении и может пройти через таз или после поворота, или corpore duplicato.



Рис. 518. „Сиамские близнецы“ Чанг и Энг (по Вротману).

понятным, почему живые близнецы данного типа, — ксифопаги, торакопаги и пр., — не составляют особенной редкости. В 1892 году, по *Baudin*'у, было в живых 8 пар неразделенных ксифопагов.

Наиболее знаменитыми из ксифопагов были „сиамские близнецы“ Чанг и Энг, родившиеся в 1811 году. В детстве они были обращены друг к другу лицами, потом получили возможность одновременно лежать, сидеть и ходить, — соединявшая их спайка была, видимо, очень податлива. Две задние руки у них оставались бездеятельными и были очень слабы, две передние — хорошо



Рис. 519. Сестры ксифопаги Радика и Додика в 4-летнем возрасте.

были отцами девятерых нормальных детей. Умерли „сиамские близнецы“ в 1874 году, в возрасте 63 лет. Сначала умер, от бронхопнеймонии, Чанг; через 2 часа после него скончался Энг, бывший ранее совершенно здоровым.

В сравнительно недавнее время всеобщее внимание привлекали к себе сестры-ксифопаги Радика и Додика, родившиеся в 1889 году в Индии. На 13-м году жизни одна из сестер, именно Додика, тяжело заболела бугорчатым перитонитом, причем t^0 тела у нее на 3 градуса превышала t^0 тела у Радика. Чтобы спасти последнюю, решено было произвести оперативное разделение сестер. Операция была сделана *Doyen*'ом, длилась всего 20 минут и сопровождалась полным успехом, — обе сестры перенесли ее благополучно. Додика впро-

развиты; то же самое следует сказать и о ногах, — работали преимущественно две передние. При обычных условиях пульс и дыхание близнецов были равномерны, но иногда пульс у них представлял и разницу в частоте. Время еды, сна, бодрствования, их радости, горе, гнев — были общие. Они нежно любили друг друга; есть основание предполагать, что и от операции они отказались, чтобы никогда не расставаться друг с другом. Конец своей жизни Чанг и Энг провели в Америке, где они купили по имению и женились на двух сестрах. Жили они попеременно друг у друга и



Рис. 520. Сестры стернопаги Розалина и Мария (по Brombergу).

чем скоро умерла от основной болезни, Радика же осталась жива и здорова.

Менее удачно окончилась операция разделения сестер-стернопагов Розалины и Марии, предпринятая *Prévo*t на 7-м году их жизни: у одной из сестер тотчас после операции развились симптомы плеврита, и она через 5 часов скончалась, другая же сестра выжила. Еще менее успешные результаты дала операция разделения сестер-стернопагов, при которой я присутствовал, несколько лет тому назад, в факультетской хирургической клинике Казанского Университета (проф. *Разумовский*). Близнецам, рожденным без всякой медицинской помощи матерью-башкиркой, шел 2-й год. Одна из девочек погибла во время самой операции, другая вскоре после нее.



Рис. 522. Близнецы, соединенные ниже-передними поверхностями туловища.



Рис. 521. Доношенные близнецы-гастроторакопаги со вскрытым местом их соединения.

На рисунке можно подметить интимную связь плевр, а также непосредственный переход печени одного близнеца в печень другого.

Вообще операция разделения сросшихся двойней дает тем худшие результаты, чем в более раннем возрасте она производится. Конечно, еще более важное значение имеет при этом и то, в какой связи находятся у близнецов важные жизненные органы, напр., сердце, легкие, печень (у гастроторакопагов, препарат которых находится в музее заведомой мною клиники, напр., печень одного близнеца непосредственно переходит в печень другого) и пр.

Между двойничными уродствами, принадлежащими к трем перечисленным группам *Veit'a*, могут существовать переходные формы. Такова, напр., изображенная на рис. 522 форма, представляющая переход от уродств второй группы к третьей, где близнецы соединены ниже-передними частями туловища (препарат также находится в музее Казанской акушерско-гинекологической клиники).



Рис. 523. Редкий случай двойного уродства смешанного типа.

Урод имеет одну головку, в ротовой полости которой виден недоразвитый зародыш (*epignathus*), два сросшихся туловища, 4 ручки и 4 ножки.

До сих пор наша речь касалась тех из сросшихся двойней, при которых оба близнеца развиты приблизительно одинаково (двойничные уроды типа *duplicitas symmetros*, по классификации *Marchand'a*). Но встречаются нередко и такие случаи двойничных уродств, где из двух близнецов один развит гораздо слабее другого, являясь как-бы придатком на теле последнего; более развитой близнец в случаях подобной *duplicitas asymmetros* известен обычно под названием аутозита, а менее развитой — под названием паразита, причем паразиты носят различные названия в зависимости от того, на какой части тела аутозита они сидят: если паразит,

напр., прикрепляется к наружной поверхности головы аутозита, то он носит название эпикома, если — к животу, то эпигастрия, если — к челюсти, то эпигната и т. д. Разумеется, если паразит невелик, то он не может служить помехою для рождения аутозита. Известны, однако, случаи, где паразит является очень об'емистым; тогда, конечно, он может так же затруднить течение родов аутозита, как может это сделать всякая об'емистая опухоль.

Иногда, впрочем, и аутозиты с об'емистыми паразитами благополучно являются на свет и живут более или менее продолжительное время. Знаменитейший пример такого рода представляет генуэзец Lazarus Colloredo, родившийся в 1617 году и в 22-летнем возрасте описанный *Bartholin*'ом. Паразитный близнец его прикреплялся к передней поверхности груди аутозита, имел голову, шею, грудь, две 3-палых руки и левую ногу; голова его была велика, но плохо сформирована, находилась в запрокинутом положении; рот паразита, всегда открытый, постоянно испускал слюну, глаза были закрыты, руки и губы производили слабые движения.



Рис. 524. Lazarus Colloredo
(по *Bartholin*'y).

Другой замечательный пример подобного уродства был в свое время описан *Virchow*'ом; это — индус Лалоо, достигший 32-летнего возраста. Паразит, которого он носил на груди, был лишен головы, не имел заднего прохода, но имел 4 конечности и половой член, временами испускавший по каплям мочу; пальцы его не двигались ни сами, ни по воле аутозита.



Рис. 525. Индус Лалоо
(по *Broman*'y).

Буяльский. Анат.-пат. описание 2 сросшихся младенцев и пр. В.-М. Ж. 1833. — *Протопопов*. Описание уродл. младенца. Др. З. 1834. — *Фигурин*. О близнецах, сросшихся между собою. Др. З. 1838. — *Наранович*. Анат. описание близнецов, сросшихся головами. Тр. О. Р. В. 1856. — *Вейтко*. Описание двухгол. младенца. Пр. О. Р. В. 1856-57. — *Иллинский*. Анат. описание близнецов, сросшихся тазами. Там же. — *Нукитин*. Двойственный урод. М. М. Г.

1861. — *Тольский*. О сросшихся двойнях. Пр. Физ.-М. О. в М. 1862.
 — *Шиманский*. Зам. уродливость плода. Пр. Кавк. М. О. 1867-68.
 — *Неводничанский*. Сросшиеся близнецы. Арх. С. М. 1869. —
Сочава. Сросшиеся девицы. М. В. 1871. — *Келдыш*. Двухго-
 ловый повор. М. В. 1874. — *Кнох*. Об аномалиях, им. двой-
 ных уродливостях и пр. В.-М. Ж. 1874. — *Таренецкий*. Сл.
 двойного уродства (thoracospagus tetrabrachius). Ж. Рудн. 1877. —
Таренецкий. Сл. деления нижн. половины тела у живого
 (dipygus tetrapus). Пр. О. Р. В. 1879-80. — *Гольштейн*. Рож-
 дение двухголового ребенка. М. Об. 1880. — *Брунс*. О двой-
 ных уродствах и пр. Дисс. М. 1880. — *Таренецкий*. Двойные
 уроды с разделением нижн. пол. тела. В.-М. Ж. 1880. — *Тро-
 фимов*. Сл. родов сросшимися между собою близнецами.
 Вр. 1883. — *Макаров*. Зам. близнецы. Вр. 1883. — *Красина*.
 Сл. родов сросшимися близнецами. М. Об. 1883. — *Гроссе*.
 Сл. родов двойнями, сросшимися между собою. Пр. Дин.
 М. О. 1885-6. — *Федоров*. К уч. об уродствах. Р. Мед. 1886. —
Федяевский. Сл. рождения 2-гол. 4-рукой девочки. Пр. Вор.
 М. О. 1887-8. — *Федоров*. Сл. двойного чел. уродства. Варш.
 Ун. И. 1888. — *Самойлович*. Двойное уродство. Н. Бес. 1888. —
Лесеневич. К каз. тератологии. В. Суд. М. 1888. — *Архан-
 гельский*. Сл. двойн. уродства у чел. Ж. А. 1888. — *Миллер*.
 Сл. двуголовия (краниопагии). Тр. М. О. Р. В. 1892. —
Гамбург. Сл. родов thoracospagi. Отч. М. Ак. Кл. 1892-93. —
Липинский. Сл. близнецов. сросш. нижн. концами грудин.
 Ж. А. 1894. — *Стефанис*. Сл. двойств. уродства. Киев. Ун.
 И. 1895. — *Собестианский*. К каз. родов сросш. двойнями.
 Ж. А. 1895. — *Львов*. Роды при сросш. плодах. Ж. А. 1895. —
Сицинский. Saniceps symmetros. Ж. А. 1897. — *Марьянчик*.
 К каз. двойных уродств. Ж. А. 1898. — *Юрасовский*. Сл.
 рождения двухгол. урода. М. Об. 1898. — *Столыпинский*.
 Ур. двойни. Дн. О. В. при Каз. У. 1899. — *Домашевич*. Дем.
 сросшихся двоень. Пр. Омск. М. О. 1899-1900. — *Батуев*.
 О 2 сл. двухголовых уродов. Ж. А. 1900. — *Тонков*. Раз-
 витие дв. уродств из норм. яйца. Тр. СПб. О. Ест. XXV. —
Бурдзинский. Сл. родов ср. двойнями (thoracospagus). Ж. А.
 1903. — *Гентер*. Сл. thoracospagus. Вр. Г. 1909. — *Гуппиус*.
 К каз. уродств. Там же. — *Ласточкин*. Искл. сл. сросшихся
 близнецов. Там же. — *Александров*. Сл. двухгол. уродства
 плода. М. Об. 1909. — *Богатырев*. К вопр. об уродствах.
 Вр. Г. 1910. — *Серебренников*. Роды сросш. двойнями.
 Ж. А. 1910. — *Здравосмыслов*. Сл. родов сросш. двойнями.
 Ж. А. 1911. — *Черевков*. Зл. родов сросш. двойнями. Р. Вр.
 1912. — *Рунков*. Ср. двойни. Вр. Г. 1914. — *Веденяпинский*.
 Сл. родоразрешения уродом thoracospagus tetrabr. tripus. Харьк.
 М. Ж. 1914. — *Кедрова*. Сл. родов сросшимися двойнями. Сб. Груд.

„Коллизии“ близнецов при родах двойнями. Иногда не только при сросшихся, но и при обособленных двойнях оба близнеца одновременно вступают в таз. Естественно, что роды при этом зачастую делаются невозможными, и, если роженице не будет оказана соответствующая помощь, исходом их неминуемо будет смерть как обоих близнецов, так и матери.

Подобные „коллизии“ близнецов, как их принято называть, или, проще говоря, их ущемления в тазу, могут представляться в различной форме в зависимости от положения плодов. Самая серьезная и, вместе с тем, самая частая форма, — когда один близнец находится в предлежании тазовым концом, а второй — в головном, причем туловище первого уже родилось, головка же находится еще во входе в малый таз, зацепившись за расположенную в последнем головку второго близнеца. При этой форме „коллизии“ возможны три вида акушерской помощи: 1) можно вправить головку второго близнеца и затем извлечь первого, 2) можно перфорировать второго близнеца, извлечь его краниокластом и потом извлечь за туловище второго близнеца,

3) можно обезглавить первого ребенка, отодвинуть его головку и щипцами извлечь второго близнеца. Лучшим видом вмешательства является, конечно, первый, но, к сожалению, вправить головку, уже находящуюся в малом тазу, далеко не всегда бывает легко. Из остальных двух способов некоторые авторы считают более целесообразным второй, но с этим решительно нельзя согласиться. Избирая тот или другой образ действий,



Рис. 526. „Коллизия“ двойничных близнецов при родах, первая форма.

Один близнец находится в предлежании тазовым концом, другой — в головном, причем туловище первого уже родилось, головка же находится еще во входе в малый таз, зацепившись за расположенную в последнем головку второго близнеца.



Рис. 527. „Коллизия“ двойничных близнецов при родах, вторая форма.

Оба близнеца находятся в головном предлежании, причем головка первого уже вступила в малый таз, головка же второго находится еще во входе, ущемившись между головкой и плечиком первого близнеца.

денным в ротик пальцем, или, в крайнем случае, краниокластом, а с другой стороны — надавливая на нее через брюшные стенки.

Второй вид „коллизии“ близнецов может возникнуть, когда оба они лежат в головном предлежании, — тогда головка второго близнеца может ущемиться во входе в таз между головкой и плечиком первого близнеца. Наилучший образ действий при такой форме ущемления — под наркозом сначала отодвинуть головку второго близнеца, затем извлечь щипцами

акушер должен принимать в расчет не только интересы матери, но и интересы плода. При разбираемой форме „коллизии“ первый близнец, туловище которого уже родилось, обычно оказывается уже мертвым, второго же можно спасти; поэтому гораздо лучше произвести декапитацию первого плода, отодвинуть отделенную головку его вверх, извлечь второго близнеца щипцами, а потом извлечь головку первого плода, захватив ее пулевыми щипцами, вве-



Рис. 528. „Коллизия“ двойничных близнецов при родах, третья форма.

Первый близнец находится в продольном положении, с предлежанием тазовым концом, второй — в поперечном; туловище первого плода прошло через вход малого таза, головка же зацепилась подбородком за шейку этого плода.

первого и, наконец, выжать по *Kristeller'y*, или также извлечь щипцами, второго.

Третий, наблюдающийся в практике, вид „коллизии“ близнецов, — когда первый из них находится в тазовом предлежании, и туловище его родилось, головка же над входом в таз зацепилась за шейку поперечно лежащего второго близнеца. В подобных случаях рекомендуется — сначала попытаться отодвинуть кверху поперечно лежащего близнеца, затем сделать экстракцию первого плода, наконец, повернуть и извлечь второго близнеца. Если это не удастся, надо декапитировать первого близнеца, отодвинуть его головку, потом повернуть и извлечь второго близнеца, наконец, извлечь отделенную головку первого.

Разумеется, возможны и другие формы ущемления двойней в малом тазу, при которых оперативное вмешательство должно быть индивидуализируемо соответственно особенностям каждого случая.

Рейман. Об одновременном вступлении головок двойней в таз. М. В. 1872. — *Калмыков.* Сл. неправильн. родов двойнями. Пр. О. Дон. В. 1894. — *Вуич.* К каз. ногоголовных предлежаний при двойнях. Зап. Ек. М. О. 1897-98. — *Зяблов и Музалев.* К вопр. о леч. скрещивания головок при одновр. вставлении близнецов в таз. Вр. Г. 1910.

Поперечное положение плода. Помимо различных аномалий анатомического характера, источником серьезных затруднений родового акта со стороны плода могут быть неправильные положения последнего, среди которых на первом плане должны быть поставлены поперечное и косое положение плода, в практическом отношении почти совершенно равнозначущие и потому известные под общим названием поперечных положений.

Поперечные положения, как уже упоминалось выше, встречаются гораздо реже продольных, — не более, как в 1 случае на 200, причем в происхождении их могут быть замешаны различные этиологические моменты. Прежде всего положения эти сравнительно нередко наблюдаются у многорожавших женщин, у которых, под влиянием предшествовавших беременностей, стенки матки расслаблены настолько, что полость органа легко меняет свою форму овала, вытянутого в продольном (вертикальном) направлении, на более круглую или даже овальную, но

вытянутую в поперечном (горизонтальном) направлении. Способствует образованию поперечных положений и отвислый живот, столь часто встречающийся именно у многорожавших женщин. Далее, к возникновению поперечного положения предрасполагает узкий таз, при котором, как известно, отвислый живот тоже встречается очень нередко. Большой процент поперечных положений падает, затем, на случаи многоводия, при котором плод может легко принять любое положение вследствие чрезмерной величины полости плодного яйца, и на случаи многоплодной беременности. Относительно часто наблюдается, далее, поперечное положение при пороках развития матки, не исключаящих возможности зачатия и беременности, напр., при неполном слиянии двух половин матки (*uterus arcuatus*); здесь плод легко может принять поперечное положение, так как поперечный размер тела матки больше продольного. В силу той же причины поперечное положение плода очень нередко встречается при миомах маточной стенки. Наконец, положение это сравнительно часто имеет место при предлежании последа; *placenta praevia* благоприятствует возникновению его потому, что плод обыкновенно лежит параллельно внутренней поверхности последа, а предлежащий послед располагается поперечно.

По данным *Михайлова* в родовспомогательных учреждениях России поперечные положения встретились у первородиц в 12 % общего числа этих положений, у многородивших — в 88 %; 78,8 % всех поперечных положений пришлось на случаи одноплодной беременности, 21,2 % — на случаи многоплодной беременности; далее, узкий таз был встречен в 11,7 % всех случаев поперечного положения, *placenta praevia* — в 4,6 %.

При поперечном положении плода, как и при продольном, различают две позиции, но только определяются они не отношением спинки к той или другой стенке матки, а отношением головки: если головка обращена влево, — будет первая позиция, если вправо, — вторая. При каждой позиции различают два вида: если спинка обращена кпереди, — передний, если кзади, — задний.

Между тем, как при продольном положении первая позиция встречается значительно чаще второй, при поперечном обе позиции, по *Михайлову*, встречаются почти одинаково часто: первая — в 50,4%, вторая — в 49,6%.

Распознать поперечное положение иногда можно бывает при одном взгляде на живот беременной, который представляется более выпуклым не в продольном, а в поперечном направлении. Еще точнее его можно диагностировать путем ощупывания живота. При продольных положениях мы, проникая руками снаружи во вход таза, обыкновенно нащупываем здесь крупную часть плода, именно, головку последнего, пальпируя же дно матки, находим в нем другую крупную часть — ягодицы. При поперечном положении мы ни во входе в малый таз, ни в дне матки крупных частей плода не находим, а определяем их по бокам матки, или на одном уровне (при собственно-продольных положениях), или на различных (при косых положениях).

Путем прощупывания крупных частей плода при наружном исследовании мы можем определить не только наличие поперечного положения, но и позицию плода: если головка его прощупывается слева, а ягодичный конец справа, то имеется первая позиция, в противном же случае — вторая (по каким признакам головка плода отличается, при наружном исследовании, от ягодиц, — было уже указано выше: головка более округла, менее объемиста, более плотна и обладает большею способностью баллотировать, нежели ягодичный конец). Распознаванию позиций может значительно помочь выслушивание: при первой позиции сердцебиение плода выслушивается лучше слева от средней линии, при второй — справа.

Подобным же образом, путем ощупывания и выслушивания, можно распознать и вид позиции. Если через переднюю брюшную стенку прощупывается гладкая, неподатливая площадка спинки, — имеется передний вид, если — бугристые мелкие части, то задний вид; сердцебиение плода по близости белой линии бывает лучше слышно при переднем виде, чем при заднем.

Диагноз как самого поперечного положения, так и позиции и вида ее можно поставить и путем внутреннего исследования. Если в начале родов введенными в половой канал роженицы

пальцами не удастся прощупать подлежащей части, то уже одно это обстоятельство должно заставить нас подумать о наличии поперечного положения. В дальнейшем течении родов мы определяем, при внутреннем исследовании, в тазу



Рис. 529. Прощупывание свода подкрыльцовой впадины при родах в поперечном положении (по Вунм'у).

или — всего чаще — плечико с ручкой, или бок плода. В первом случае, прощупывая верхушку подмышечной впадины, мы можем, далее, определить позицию плода, а определяя взаимное положение лопатки и ключицы, — диагностировать вид позиции: если свод fossae axillaris направлен, напр., влево, то, очевидно, и головка плода обращена влево, т. е. имеется первая позиция, и наоборот; если, затем, лопатка определяется спереди, а ключица сзади, то, конечно, и спинка обращена кпереди, т. е. имеется передний вид, и обратно.

Весьма нередко (в 26,5% по Михайлову) поперечное положение плода осложняется выпадением ручки последнего. Осложнение это значительно облегчает диагностику как поперечного положения, так и позиции и вида. Надо только уметь отличить выпавшую ручку от ножки. Если конец ручки находится уже вне половой щели, — сделать это, разумеется, очень легко; если же выпавшая конечность лежит еще внутри полового канала, то для отличия ручки от ножки надо, при ощупывании, иметь в виду большую длину ручных пальцев по сравнению с ножными и наличие пяточной кости у ножки. Для распознавания позиции и вида надо определить, какая ручка выпала, правая или левая, что выяснить практически проще всего, мысленно пожимая выпавшую ручку: если рукопожатие возможно, — значит, выпала правая ручка, в противном же случае — левая. Зная, какая ручка выпала, врач

может по одному положению спинки определить не только вид позиции, но и самую позицию, а равно по положению головки определить не только позицию, но и вид ее. Так, напр., если головка плода определяется справа, и выпала правая ручка, то ясно, что спинка поперечно лежащего плода может быть обращена только кзади, и т. д.

Поперечное положение плода представляет собою одно из самых серьезных осложнений родового акта. При нем роды лишь в сравнительно очень редких случаях могут

окончиться без акушерского вмешательства, путем или самоповорота, или самоизворота. Самоповорот заключается в том, что ребенок случайно, — благодаря, напр., изменению положения матери, — сам собою принимает правильное, т. е. продольное, положение. Что касается самоизворота, то он может произойти двояким образом. Первая разновидность его, — в собственном смысле самоизворот (*evolutio spontanea*), — заключается в том, что плечико вколочивается в таз, головка же остается над входом в последний, после чего мимо плечика проталкиваются через таз ягодицы и ножки, которые и рождаются первыми; затем выходит верхняя часть туловища, вколотившееся плечико и, наконец, последнею головка. При втором способе самопроизвольного изгнания поперечно лежащего плода последний рождается сложенным вдвое (*conduplicato corpore*), причем сначала плечо с



Рис. 530. Запущенное поперечное положение с выпадением ручки (по Franqué).

aa — Граница между судорожно-сокращенным верхним сегментом маточного тела и сильно растянутым нижним сегментом.

частью груди, потом головка вместе с брюшком и, наконец, последними — ягодицы с ножками.

И самоповорот, и самоизворот представляют, при поперечном положении, редкую счастливую случайность (в материале *Михайлова* самоповорот имел место лишь в 1,4% родов в поперечном положении, самоизворот в собственном смысле — в 6,5%, рождение ребенка *conduplicato corpore* — в 1,8%). В громадном большинстве случаев поперечного положения,

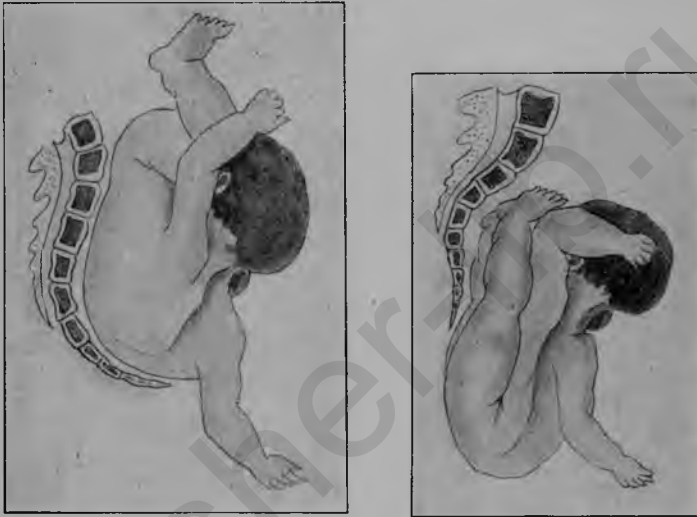


Рис. 531 и 532. Различные стадии самоизворота плода при родах в поперечном положении (по *Jungmann'y*).

если роженице своевременно не будет оказана акушерская помощь, то мало по малу родовые сокращения матки приобретают судорожный характер, нижний сегмент сильно растягивается, и в конце концов у роженицы наступает разрыв матки, а плод, нередко еще до разрыва, гибнет от асфиксии. Поэтому, раз у роженицы распознано поперечное положение, — ей немедленно должна быть оказана соответствующая акушерская помощь, дабы спасти и мать, и ребенка.

Помощь эта бывает различна в зависимости от того, имеет ли врач дело с запущенным поперечным положением, или же с незапущенным, т. е. лежит ли еще ребенок подвижно над

входом в таз, или же некоторые части его тела (обычно — плечико) уже плотно вколотились в тазовое кольцо. В первом случае показана операция поворота, т. е. превращения поперечного (resp. косого) положения в продольное. При запущенном поперечном положении, однако, поворот и слишком труден, в виду утраты плодом подвижности, и слишком опасен, ибо здесь нижний сегмент маточного тела является сильно растянутым и легко может разорваться при производстве операции. В подобных случаях для спасения матери надо прибегнуть к эмбриотомии — или в форме декапитации, или в форме экзентерации плода. Последний от этих операций ничего не теряет, так как в большинстве случаев запущенного поперечного положения оказывается уже мертвым.



Рис. 533. Рождение ребенка при поперечном положении, *conduplicato corpore* (по Franque).

В новейшее время среди акушеров вообще и русских в частности проявляется тенденция заменять в подобных случаях эмбриотомию кесарским сечением — не только при живом, но и при мертвом плоде, т. е. в интересах матери, для которой кесарское сечение, при современных условиях, является операцией менее опасной, чем эмбриотомия.

Герхен. Сл. родов при поп. пол. младенца, окончившийся без акуш. мех. пособия *per ev. spontaneam*. Пр. О. Кал. В. 1862. — *Зеленкевич.* Пов. на ножки, произв. натурою. Совр. М. 1862. — *Рошинин.* Самоизворот младенца при родах. М. В. 1866. — *Соборов.* Сл. из акуш. практики. В. - М. Ж.

1867. — *Родосский*. Сл. попер. родов. Пр. О. Р. В. 1874-5. — *Красина*. 2 сл. непр. родов. Вр. 1880. — *Неводничанский*. *Evolutio spontanea* донош. младенца. Вр. 1880. — *Дерин*. О запуш. поп. положениях. Пр. О. Вр. Под. Г. 1881-2. — *Розанов*. Сл. долго затянувш. запуш. родов. М. Об. 1884. — *Львов*. Сл. *evolutionis spont.* донош. живого младенца. Р. Мед. 1886. — *Пуценко*. *Evolutio spontanea*. Пр. Кур. Вр. С. 1886. — *Камераз*. К этиол. поп. положения плода. Пр. Двинск. М. О. 1891-3. — *Синайский*. К каз. произв. самоизворота плода и пр. Р. Мед. 1892. — *Божинский-Божко*. Сл. зап. косоного положения. Пр. О. Кур. В. 1893. — *Герман*. О попер. положениях плода с выпад. ручки. Пр. В. 1906. — *Грамматикати*. Кес. сеч. при зап. попер. положениях плода. Р. Вр. 1911. — *Зяблов и Кречетов*. Сл. самоизворота 8-мес. плода. Вр. Г. 1911. — *Орлов*. Сл. кес. сечения по пов. зап. поп. положения. Сиб. В. 1915.

Выпадение конечностей плода при головном предлежании.

Гораздо менее важное практическое значение, чем неправильности положения плода, — понимая слово „положение“ в тесном смысле, — имеют аномалии членорасположения ребенка. Как известно, нормальное членорасположение (*resp.* отношение конечностей плода к туловищу) таково, что ручки ребенка согнуты в плечевых и локтевых сочленениях, скрещены и прижаты к груди, а ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах и прижаты к передней поверхности живота. Благодаря этому, при головных предлежаниях головка одна проходит через тазовое кольцо, а за нею идет туловище вместе с конечностями.



Рис. 534. Предлежание ручки при головном предлежании плода (по Брауне).

Иногда, однако, конечности плода, утрачивая свое согнутое расположение и отходя от туловища, попадают в малый таз вместе с головкой. Если это случается при целом пузыре, то мы говорим о предлежании конечностей, — ручки, или ножки, — если же это бывает при разорванном пузыре, то мы говорим о выпадении их.

Остановимся сначала на предлежании или выпадении ручек плода, предлежащего головкой. Аномалия эта не лишена известного практического значения. Головка доношенного плода настолько об'емиста, в поперечном сечении, что она одна едва в состоянии бывает пройти через тазовое кольцо; если же просвет последнего сужен находящейся здесь ручкой, то, как ни мала последняя, она может значительно затруднить прохождение головки.

Какие причины способствуют возникновению разбираемой неправильности членорасположения? Вообще говоря, предлежание и выпадение ручек возникают в тех случаях головных предлежаний, где головка почему-либо неплотно закрывает вход в малый таз — так, что между ее периферией и периферией входа остаются щели, куда и может спуститься ручка. Такого рода отношения головки ко входу в малый таз мы имеем при плоских тазах, при высоком стоянии головки у многородящих, при асимметрическом стоянии ее ближе к одной *linea innominata*, при *hydrantion'e* и пр.

Распознать данную аномалию очень легко. Производя внутреннее исследование роженицы, мы прощупываем в тазу головку и рядом с нею и немного ниже — ручку, которую можно отличить от ножки по более длинным пальчикам и отсутствию пяточной кости; если при этом пузырь цел, то, значит, имеется предлежание ручки, если же разорван, то — выпадение.

Терапия предлежания ручки заключается в том, что роженицу кладут на бок противоположный той стороне, с которой предлежит ручка. Смысл этого приема таков: очень часто предлежание ручки имеет место при асимметричном стоянии головки над входом в таз, а последнее обыкновенно стоит в связи с косвенным положением плода; когда плод лежит, напр., так, что ягодичы его смещены больше вправо, а головка — больше

влево, то между периферией головки и правой *l. innominata* остается щель, куда и может сместиться ручка. Когда теперь мы положим роженицу на левую сторону, то ягодичный конец плода, в силу своей тяжести, сместится влево, а головка, по закону рычага, отклонится немного вправо, поместится симметрично над тазовым входом и оттеснит предлежащую ручку.

Когда мы имеем дело не с предлежанием, а с выпадением ручки, то, при подвижно стоящей головке, надо попытаться вправить ручку. Для этого роженицу кладут на тот бок, с которого выпала ручка, вводят в рукав всю руку, а в матку, смотря по степени раскрытия зева, от 2 до 5 пальцев и, захватив выпавшую ручку, заправляют ее в большой таз, после чего перекалывают роженицу на противоположный бок, — тогда головка становится симметрично над входом в таз, запирает последний и мешает дальнейшему выпадению ручки.

Если вправление выпавшей ручки почему-либо не удастся, или выпавшая ручка, будучи заправлена, скоро вновь выпадает, то при подвижной головке, лучше предпринять поворот и превратить головное предлежание в ножное.

Если, наконец, головка плода при выпадении ручки уже плотно вколотилась в таз, то следует, отказавшись от попыток вправления, предоставить дальнейший ход родового акта силам природы. В случае, если бы последних оказалось недостаточно для проталкивания головки вместе с ручкой чрез тазовое кольцо, то надо прибегнуть к помощи щипцов, накладывая их так, чтобы не прихватить ложкой выпавшей ручки.

Предлежание и выпадение ножки рядом с головкой не имеют такого практического значения, как аналогичные аномалии ручки, — хотя бы уже потому, что они наблюдаются большею частью при недоношенных и мацерированных плодах, а также при двойнях. При одноплодной беременности терапия данных аномалий состоит в том, что ножку заправляют в большой таз, или же, потягивая за нее, а другою рукою отодвигая головку кверху (двойной прием *Smellie*), превращают головное предлежание в ножное.

Декурно. Сл. неправ. членорасположения утр. плода. М. В. 1862. — *Кубасов.* Сл. выпадения ручки и ножки при предл. головке.

М. В. 1882. — *Львов*. Из акуш. казуистики. Там же. — *Скутул*. Сл. полного предлежания предплечья поперек головки. Ж. А. 1910. — *Ануфриев*. О выпадении ножки и ручки плода при головке во вр. родов. Ж. А. 1915.

б) Аномалии пуповины.

Предлежание и выпадение пуповины. Пуповина, которая при нормальных условиях вступает в просвет малого таза, своим плодовым концом, лишь во время изгнания плода, может оказаться здесь и раньше — во время периода раскрытия, даже до начала родов. Если такое положение петли пуповины наблюдается при целом плодном пузыре, то мы говорим, как и при аналогичных положениях конечностей плода, об ее предлежании, если же пузырь разорван, — о выпадении пуповины.

Основная причина, обуславливающая возникновение данных аномалий, — та же самая, какая лежит в основе и предлежания (resp. выпадения), напр., ручки, т. е. такое отношение предлежащей части плода ко входу в таз, при котором последний является недостаточно закрытым. Благодаря этому, чаще всего разбираемые аномалии имеют место при поперечном положении плода, затем — при ножных предлежаниях, далее — при чистых ягодичных предлежаниях, потом — при смешанных, а реже всего они наблюдаются при головных предлежаниях, ибо головка представляет настолько об'емистую часть плода, что, вставляясь в таз, она при обычных условиях вполне закрывает его вход, не оставляя по сторонам щелей, в которые бы могла опуститься петля пуповины. Благодаря этому же, предлежание и выпадение пуповины чаще наблюдается у многородящих, чем у первородящих, — у рожениц с узким, особенно плоским, тазом чаще, чем у женщин с нормальным тазом, — при преждевременных родах чаще, чем при срочных. Далее, моментами, способствующими возникновению этих неправильностей, являются: чрезмерная длина пуповины, слишком большое количество околоплодных вод, преждевременное их излитие, многоплодная беременность, эксцентрическое и в особенности краевое прикрепление пупочного канатика к плаценте, предлежание последней и т. п.

Из русских авторов *Эберлин* определяет частоту предлежания и выпадения пуповины в 0,8%, *Михайлов* в 0,73%,

Поршняков — в 1:147,3 (около 0,7%), *Гусев* — в 1:161 (0,62%). В обширном материале последнего автора (363 сл.) 63% всех случаев неправильного положения пуповины пришлось на головные предлежания, 17% — на поперечные и косые положения, 15% — на ножные предлежания и 5% — на ягодичные. У многоплодных, по *Эберлину*, предлежание и выпадение пуповины наблюдаются в 4 раза чаще, чем у первородящих, а по *Гусеву* — даже в 5 раз чаще; в материале *Михайлова* на долю первых пришлось 77,4% всех случаев выпадения пуповины, тогда как на долю вторых — 22,6%. Узкие тазы у *Михайлова* имели место в 25,8% всех случаев выпадения пуповины, у *Гусева* — в 58%, преждевременный разрыв плодного пузыря, у *Гусева*, — в 67%. Средняя длина выпавшей пуповины в случаях *Гусева* оказалась равною 61 сант., т. е. значительно больше нормы.

Встречаясь, таким образом, довольно часто, предлежание и выпадение пуповины представляют собою очень важные по своим последствиям осложнения родового акта, так как попавшая в таз петля пуповины в дальнейшем течении родов может быть настолько прижата какою-нибудь частью плода к стенке таза, что результатом этого является затруднение или полное прекращение кровообращения в пупочных сосудах, прерывание связи плода с матерью и гибель его от асфиксии. По русским авторам при данных аномалиях гибнет таким образом от 35% (*Гусев*) до 53,5% (*Поршняков*) детей, причем смертность их при различных предлежаниях обратно пропорциональна частоте, с которою при данном предлежании встречается неправильное положение пуповины: всего меньше эта смертность при поперечных положениях, а из продольных — при ножных предлежаниях; далее идут ягодичные предлежания, всего же опаснее бывает выпадение пуповины при предлежаниях головным концом.

Распознать выпадение пуповины в большинстве случаев крайне легко. Если, как это нередко бывает, выпавшая петля пуповины выпячивается из половой щели, — для распознавания достаточно одного взгляда. Если же выпавшая пуповина находится внутри полового канала, в рукаве или в матке, то ее можно обнаружить путем внутреннего исследования, при

котором мы прощупываем в ниже предлежащей части мягкий, спирально извитой шнурок толщиной в палец. Несколько труднее подметить предлежание пуповины, хотя и через неповрежденный пузырь последняя прощупывается обыкновенно достаточно ясно.

Лишь в исключительных случаях в половом канале роженицы или даже вне половой щели наблюдаются образования, которые, при поверхностном обследовании, могут быть приняты за выпавшую или предлежащую пуповину. Такой



Рис. 535 Выпадение пуповины при родах в затылочном предлежании (по Витт'у).

именно случай пришлось мне наблюдать в родильном покое заведомой мною клиники; в случае этом имела место врожденная пупочная грыжа у плода, мешок которой во время родов разорвался, и кишечные петли выпали сначала в рукав, потом и наружу, симулируя выпадение пуповины. Однако уже более внимательного осмотра было достаточно, чтобы выяснить с чем мы имели дело.



Рис. 536. Выпадение кишечных петель плода во время родов, симулировавшее выпадение пуповины.

Констатировав присутствие петли пуповины в малом тазу, мы должны затем определить, прижата в данном случае пуповина,

или нет. Об этом мы судим по пульсации пупочных сосудов: если они пульсируют, — значит, пуповина не прижата, и плод жив, если не пульсируют, — пуповина прижата, и ребенок находится в состоянии мнимой или действительной смерти.

В тех случаях выпадения (или предлежания) пуповины, где длительное отсутствие пульсации в последней свидетельствует о смерти плода, роды, при отсутствии каких-либо других показаний к оперативному вмешательству, могут быть предоставлены их естественному течению; если же ребенок жив, то мы должны своим вмешательством предотвратить грозящую ему в дальнейшем опасность. Вмешательство это бывает различно, в зависимости прежде всего от того, с каким положением и предлежанием мы имеем дело.

При поперечном положении мы, хотя и применяем оперативное вмешательство, в форме поворота, и хотя этим вмешательством и устраняется выпадение пуповины, но это происходит попутно, — главную свою цель операция здесь имеет не устранение данной аномалии, а исправление поперечного положения.

Не требуется немедленного вмешательства и там, где имеется выпадение (resp. предлежание) пуповины при ногоположении плода: в этом случае надо лишь следить, чтобы петля пуповины не ущемилась, о чем мы узнаем, с одной стороны, ощупывая выпавшую (или предлежащую) петлю пуповины, а с другой — выслушивая сердцебиение плода. Как только ущемление произойдет, мы должны по возможности скорее постараться извлечь ребенка, для чего у нас есть в ножках плода прекрасная точка приложения силы.

Если выпадение пуповины имеет место при ягодичном предлежании, то мы должны превратить его в ножное, так как при этом последнем, с одной стороны, опасность ущемления пуповины меньше, а с другой — произвести извлечение плода, в случае нужды, можно гораздо легче. При смешанном ягодичном предлежании превращение это сделать очень просто, — стоит лишь ухватить пальцами обращенную кпереди ножку и, потягивая, выпрямить ее. Гораздо труднее превратить в ножное чистое ягодичное предлежание; это можно выполнить лишь тогда, когда, с одной стороны, имеется налицо полное раскрытие

зева, а с другой — ягодицы еще подвижно стоят над входом в таз; тогда, войдя в матку полною рукою, мы захватываем голень спереди лежащей конечности и перегибаем ножку в коленном суставе около большого пальца своей руки так, что голень, смотревшая раньше кверху, начинает теперь смотреть книзу; затем, потягивая за стопу, мы низводим ножку так же, как при смешанном ягодичном предлежании. Когда ягодицы уже плотно вколотились в таз, возможность исправления чистого ягодичного предлежания является утраченною; если в подобном случае обнаружатся признаки, указывающие на прижатие выпавшей пуповины, то нам не остается ничего другого, как попытаться произвести извлечение плода за паховые сгибы; операция эта принадлежит к числу наиболее продолжительных и трудных акушерских операций, и потому ребенок в подобных случаях обычно извлекается уже мертвым.

Относительно терапии выпадения (или предлежания) пуповины при головных предлежаниях приходится повторить в сущности то же самое, что выше было сказано относительно выпадения ручки. Образ действия врача здесь бывает различен в зависимости, во-первых, от того цел пузырь, или нет, т. е., другими словами говоря, имеем мы дело с предлежанием или выпадением пуповины. При первом все наше терапевтическое вмешательство сводится к тому, что мы кладем роженицу на бок, где находится головка плода; тогда последняя, смещаясь к середине, оттесняет петлю пуповины. Если же дело идет о выпадении пуповины, то наша терапия является различною в зависимости от того, вколотилась головка, или она еще подвижно стоит над входом в таз. В этом последнем случае надо сначала попытаться вправить выпавшую петлю пуповины — или ручным способом, или при помощи репозитория, смотря по открытию зева.

Приступая к вправлению, мы кладем роженицу на тот бок, с которого выпала пуповина (некоторые акушеры впрочем предпочитают производить эту операцию, как и вправление выпавшей ручки, в положении роженицы *à la vache*), вводим в рукав всю руку, а в матку — или все 5 пальцев, или 4, или, наконец, только 2 (смотря по степени раскрытия зева), захватываем ими петлю пуповины и заправляем ее за головку в большой таз. Если маточный зев раскрыт настолько незначительно, что чрез

него нельзя провести даже 2 пальцев, вправление выпавшей петли пуповины производится при помощи репозитория. Как только пуповина будет заправлена, мы сейчас же перекаладываем роженицу на противоположный бок, чтобы головка, сместившись к середине, помешала заправленной пуповине выпасть снова.

В некоторых случаях ни ручным способом, ни инструментальным не удастся заправить пуповины, или же, — что бывает еще чаще, — заправленная петля пуповины вскоре снова выпадает. В таких случаях лучше прибегнуть к повороту и превратить головное предлежание в ножное, при котором, в случае нужды, можно быстро извлечь ребенка.

Все, сказанное выше, относится к тем случаям выпадения пуповины при головных предлежаниях, где головка подвижно стоит над входом в таз; если же выпадение пуповины имеет место при плотно вколотившейся головке, тогда, при появлении симптомов прижатия, остается кончать роды при помощи щипцов. При наложении последних надо обращать особенное внимание на то, чтобы не прихватить ложкой инструмента, вместе с головкой, и пуповины. Впрочем, как бы безукоризненна ни была техника операции извлечения головки плода щипцами, прижатие выпавшей пуповины продолжается при ней так долго, что плод в большом проценте случаев извлекается мертвым.

Абуладзе, разобрав обширный материал, обнимающий 442 случая предлежания и выпадения пуповины, проведенных по разным способам, нашел, что ни один из практикующихся обычно методов оперативного вмешательства при разбираемых аномалиях не дает удовлетворительных результатов. Так, после поворота и извлечения смертность детей при выпадении пуповины равна 38%, после извлечения — 33%, после щипцов — 37,5%, после вправления пуповины — 18,9%, после выжимания плода по *Kristeller'y* — 60%. Исходя из этого, *Абуладзе* заключает, что в интересах плода было бы выгоднее всего, при выпадении пуповины, оканчивать роды кесарским сечением. К аналогичному выводу пришел и автор другой обстоятельной работы по данному вопросу, *Гусев*, который советует при предлежании и выпадении пуповины, не тратя времени на вправление, сразу — при полном рас-

крытии зева приступать к извлечению плода, при неполном — к влагалищному кесарскому сечению.

Недац. О предлежании и выпадении пуповины во вр. родов. Дисс. СПб. 1862. — *Эберлин.* К вопр. о выпадении пуповины и пособиях при нем. Мед. Отч. Гол. Б. 1887. — *Нечаев.* Мат. к вопр. о выпадении пуповины. М. Об. 1890. — *Поршняков.* Влияние выпадения пуповины на исход родов для матери и плода. Дисс. СПб. 1901. — *Абуладзе.* О выпадении пуп. канатика во вр. родов. IX Пир. С. — *Гусев.* Предлежание и выпадение пуповины. IV С. Р. А.

Разрыв пуповины. Разрыв пуповины может иметь место как во время беременности, так и в любом периоде родов, особенно же в периоде изгнания плода, причем непосредственною причиною разрыва является обычно сильное натяжение пуповины, бывающее, напр., при внезапных родах, при экстракции плода и пр., а способствующими моментами: чрезмерная короткость пуповины, оболочечное ее прикрепление, бедность *Wharton*'овою студенью и пр. Иногда бывают случаи, когда механическое влияние бывает слишком незначительно, чтобы объяснить им разрыв пуповины, в таких случаях, по *Гентеру*, причину разрыва следует искать в недостаточном развитии эластической ткани в стенках пупочных артерий, а может быть, — в рыхлости *Wharton*'овой студени. Чаще всего разрыв имеет место в плодовой трети пуповины. Наступить он может, по *Гентеру*, в любом положении роженицы. При значительной силе потуг уже веса ребенка бывает вполне достаточно для разрыва. Что касается, наконец, клинического значения его, то здесь надо иметь в виду, во-первых, что при разрыве пупочного канатика нарушается связь плода с плацентой resp. с матерью, каковое нарушение может быть источником серьезной опасности для плода, еще лишенного возможности дышать воздухом; во-вторых, разрыв может сопровождаться значительною кровопотерею со стороны плода. Чтобы избегнуть первой опасности, ребенка надо возможно скорее после разрыва извлечь из половых путей, кровотечение же из разорванной пуповины лучше всего устраняется ее перевязкой.

Розанов. Сл. разрыва пуповины при искусственном родо-разрешении с благоприятным исходом для матери и плода. Ж. А. 1892. — Гентер. О разрыве пуповины во время родов. Ж. А. 1914.

в) Аномалии плаценты и оболочек.

Предлежание последа. К числу наиболее серьезных осложнений родового акта принадлежат те, которые обязаны своим происхождением аномалиям плаценты, причем важнейшей из этих аномалий бесспорно является предлежание плаценты (*placenta praevia*) или, точнее, прикрепление ее в нижнем сегменте маточного тела.

Как известно, оплодотворенное яйцо, попав в матку, прививается в верхнем отделе ее полости, около маточного отверстия той трубы, которую оно только что прошло. Здесь образуется и плацента. Иногда, однако, последняя оказывается сидящею в нижнем отделе маточной полости, в области внутреннего зева или по соседству с ним. Какие причины лежат в основе такого местоположения плаценты, — этот вопрос в значительной мере остается открытым; повидимому, в этиологии *placenta praevia* важную роль играет эндометрит, но каким именно образом на почве этой болезни развивается *placenta praevia*, — на этот счет мнения авторов расходятся. По взгляду одних, при эндометрите оплодотворенное яйцо, попав из трубы в матку и не находя благоприятной почвы для прививки, по закону тяжести скользит вниз, пока не достигнет области внутреннего зева, где и прививается; а где привилось яйцо, там образуется и плацента. В противоположность этому объяснению, согласно которому *placenta praevia* является результатом первичной прививки яйца в области нижнего сег-



Рис. 537. Первичная прививка плодного яйца в области внутреннего зева (по Вунм'у).

1 — Decidua vera. 2, 2 — Места отхождения dec. reflexae. 3 — Dec. serotina. 4 — Os internum.

мента, *Hofmeier* думает, что и в случаях предлежания последа яйцо прививается в верхнем сегменте, но только плацента образуется как в области запоздалой, так и в области завороченной отпадающей оболочки. Как известно, главную массу детского места образуют хориальные ворсины, которые первоначально имеются на всей периферии плодного яйца, с третьего же месяца остаются лишь в области *dec. serotinae*, образуя *chorion frondosum* s. *placenta materna*, по соседству же с *dec. reflexa* совершенно исчезают (*chorion laeve*). Если теперь слизистая оболочка матки поражена хроническим воспалительным процессом, то, по *Hofmeier*'у, одна область *dec. serotinae* оказывается недостаточной для питания яйца, ворсины хориона не исчезают, а, напротив, разрастаются и в области завороченной отпадающей оболочки, и плацента образуется не только в месте первоначальной прививки яйца, но и в той части его свободной периферии, которая смотрит вниз, к внутреннему зеву. Благодаря этому, когда плодное яйцо займет всю полость тела матки, то плацента и окажется в непосредственном соседстве с внутренним зевом или даже над ним.



Рис. 538. Схема образования *pl. praeviae* по *Hofmeier*'у.

1 — Нижний сегмент маточного тела.
2 — *Dec. serotina*. 3 — *Dec. reflexa*.

Есть основания думать, что в практике могут иметь место оба способа возникновения *pl. praeviae* — и первичная прививка яйца в нижнем сегменте, и образование *reflexa*-плаценты. По крайней мере в литературе описаны случаи, где яйцо прививалось не только на стенке нижнего сегмента, но даже на стенке цервикального канала. Доказанная *Чирихиным* и др. авторами способность цервикальной мукозы испытывать децидуальное превращение говорит также в пользу подобной возможности. Что касается силы, увлекающей оплодотворенное яйцо из верхнего отдела маточной полости в нижний, то, кроме тяжести, тут могут играть роль и другие агенты,

напр., мерцательная деятельность ресничек покровного эпителия маточной мукозы. Новейшие исследования показывают, что перед регулами и во время их клетки покровного эпителия бывают лишены ресничек, после же регул последние опять вырастают; по мнению некоторых авторов, когда оплодотворенное яйцо попадет в матку при отсутствии ресничек у эпителиальных клеток, то оно остается в верхнем сегменте и здесь прививается; если же реснички, во время поступления яйца в матку, работают на всем протяжении маточной мукозы, то они своими движениями прогоняют яйцо в нижний сегмент, и возникает *pl. praevia*. По моему мнению такую же роль могут сыграть и струйки менструальной крови, — если оплодотворенное яйцо попадет в матку, когда уже началась менструация.

Прикрепляясь к стенке нижнего сегмента, детское место может здесь располагаться относительно внутреннего зева различным образом. Во-первых, оно может помещаться так, что

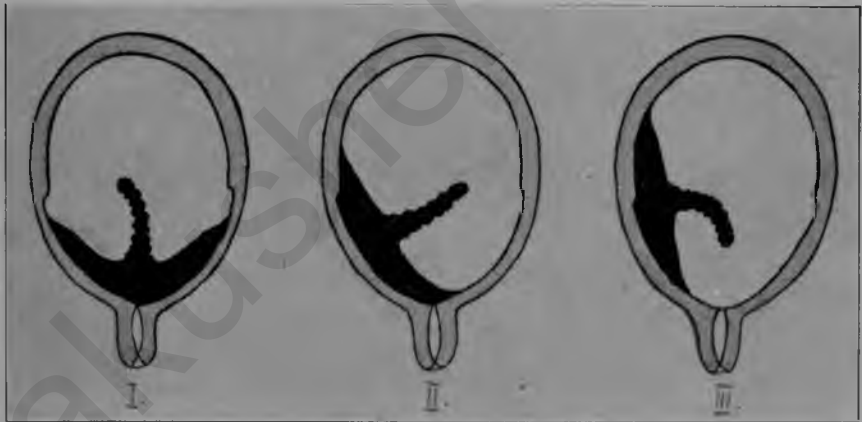


Рис. 539. Схематическое изображение различных форм *placentae praeviae*.

1 — *Pl. praevia centralis*. 2 — *Pl. praevia lateralis*. 3 — *Pl. praevia marginalis*. Нижний сегмент маточного тела изображен более тонким по сравнению с верхним.

отверстия внутреннего зева (закрытого) будет соответствовать центр плаценты, — центральное предлежание (*pl. praevia centralis*), при котором маточный зев во все время I периода родов является покрытым сверху плацентой. Во-вторых, предлежащая

плацента может расположиться так, что отверстие внутреннего зева будет соответствовать боковая часть ее, — боковое предлежание последа (*placenta praevia lateralis*); если при такой форме предлежания последа мы будем производить внутреннее исследование при небольшом раскрытии зева, т. е. в начале I периода родов, то найдем что

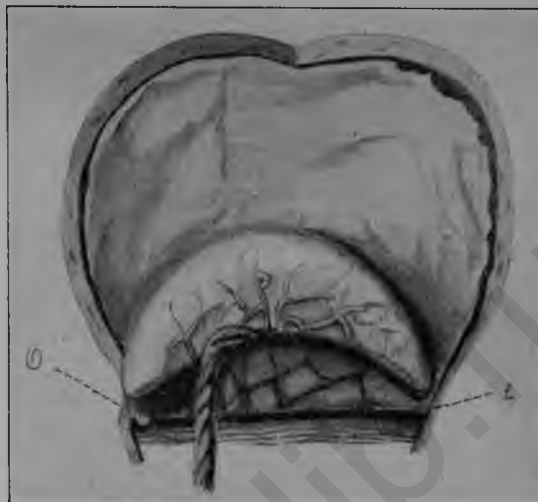


Рис. 540. *Placenta praevia centralis in situ*. (полусхематически).
Oe — раскрытый почти вполне маточный зев. Половина плаценты, прилежавшая к разрезанной стенке матки, отвернута кверху.

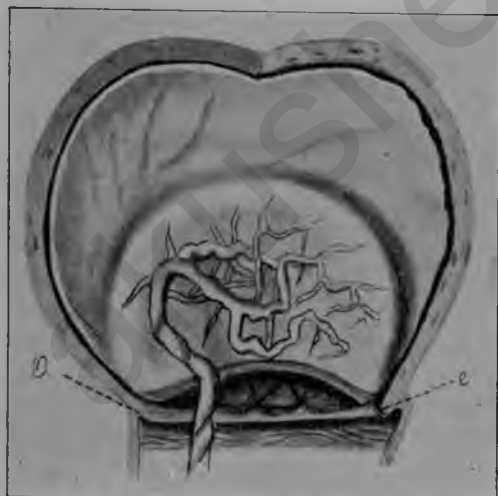


Рис. 541. *Placenta praevia lateralis in situ* (полусхематически).

Oe — Раскрытый почти вполне маточный зев. Нижний край плаценты, вдававшийся в просвет зева, отвернут

весь просвет зева занят плацентарною тканью; если же производить исследование при значительно раскрытом зеве, в конце I периода родов, то окажется, что одна часть просвета зева занята плацентой, другая же плодным пузырем. Наконец, третья разновидность предлежания последа, — это *placenta praevia marginalis*, при которой плацента, находясь в нижнем сегменте матки, совершенно не закрывает внутреннего зева, так

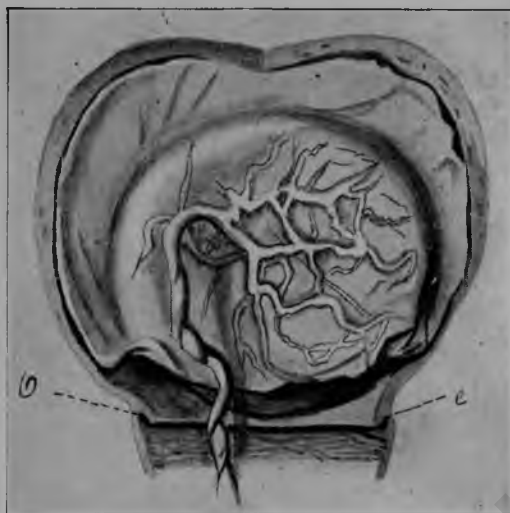


Рис. 542. Placenta praevia marginalis in situ (no Hammerschlag'y).
 Ое — Раскрытый маточный зев. Несмотря на почти полное
 открытие его, плацента нисколько не выдвигается в его просвет.

что даже при полном раскрытии его плаценты не оказывается в просвете зева, а лишь край ее может быть нащупан по соседству с последним.

Из этих трех разновидностей placenta praevia lateralis, по данным *Михайлова*, встречается чаще двух остальных, — на нее приходится 54% всех случаев предлежания последа, тогда как на placenta praevia centralis

пришлось, в материале этого автора, 24,3% общего числа, а на placenta praevia marginalis — 21,7%. В материале *Гусева* на центральное предлежание последа пришлось 168 случаев, на боковое и краевое вместе — 312. У *Новикова* из 62 случаев было 7 — краевого предлежания последа, 36 — бокового и 19 — центрального. У *Фаддеевой* на 25 случаев центрального предлежания было 39 бокового и 37 — краевого.

Что касается общей частоты предлежания последа по отношению к числу родов, то из русских авторов *Михайлов* определяет ее в 0,39%, *Побединский* — в 1:222-246, *Гусев* — в 0,35%.

Placenta praevia, как уже было упомянуто, принадлежит к числу наиболее серьезных осложнений родов. Особенно опасным является центральное предлежание последа, менее опасным — боковое, еще менее — краевое. Опасность данной аномалии заключается в кровотечении, происходящем вследствие отслойки детского места от маточной стенки, каковая отслойка, в свою очередь находится в связи частью с раскры-

тием внутреннего зева, частью с растяжением нижнего сегмента. Кровотечение это при различных вариантах предлежания последа является различным по своей силе и продолжительности. При *pl. praevia centralis* оно бывает значительным уже во время беременности, именно в последние ее месяцы, когда начинает раскрываться внутренний зев, так что ко времени родов беременная иногда представляет уже высокую степень анемии; с началом же родовых схваток, которые, кстати сказать, при *placenta praevia* нередко бывают очень слабы, кровотечение становится чрезвычайно обильным. Во время еще беременности зачастую наблюдается кровотечение и при боковом предлежании последа, иногда же оно начинается лишь во время родов, не достигая обычно такой силы, как при центральном предлежании. Наконец, еще слабее бывает кровотечение при *pl. praevia marginalis*, причем здесь оно начинается только во время родов.

Относительно диагноза предлежания последа надобно заметить, что в общем более опасные формы этой аномалии, именно, *pl. praevia centralis* и *lateralis*, распознаются легче, чем менее опасная, *pl. praevia marginalis*. Боковое и особенно центральное предлежания последа могут быть диагностированы уже во время беременности. Если женщина во второй половине беременности является с жалобами на кровотечения из половых путей, появляющиеся приступами, без всяких видимых причин, то первое, о чем надо подумать, это — нет ли у нее предлежания последа. Вопрос решается при внутреннем исследовании чрез рукав. Как известно, в конце беременности уже через свод рукава нередко можно бывает довольно отчетливо прощупать, особенно у первобеременных, предлежащую головку. При предлежании же последа, — боковом и особенно центральном, — исследующий палец определяет, что между стенкой полового канала и поверхностью головки имеется толстая, мягкая прослойка. Еще легче поставить диагноз, когда у беременной цервикальный канал настолько широк, что мы можем провести чрез него хотя бы один указательный палец, — тогда конец последнего ясно нащупывает, вместо гладкого пузыря, через который совершенно отчетливо определяется поверхность головки с ее швами и родничками, мягкую, губчатую, кровоточивую плацентарную ткань. Последнюю можно смешать

разве лишь с кровяными сгустками; для отличия может служить то, что сгустки эти легко раздавливаются между пальцами, тогда как плацентарная ткань более стойка в данном отношении.

Конечно, во время родов, когда маточный зев бывает более значительно раскрыт, распознавание *pl. praeviae* еще более облегчается. При достаточно раскрытом зеве врач путем внутреннего исследования может не только констатировать наличие предлежания последа, но и определить, какая форма этой аномалии имеется, — *pl. praevia centralis* или *pl. praevia lateralis*. В первом случае даже широко раскрытый зев оказывается весь закрытым плацентарною тканью, во втором — последняя закрывает лишь часть зева, остальная же затянута оболочками, составляющими плодный пузырь. Различить эти два отдела закрывающей маточный зев перегородки нетрудно по тем признакам, которые уже были отмечены выше: плацентарная ткань губчата, кровоточива, не напрягается во время схваток, настолько толста, что через нее нельзя прощупать ни швов, ни родничков головки; плодный пузырь гладок, напрягается во время каждой схватки, позволяет прощупывать через него поверхность предлежащей головки. При разорванном пузыре находящаяся в зеве часть плаценты обычно отвисает в виде лопасти.

Во время родов мы в состоянии поставить диагноз и третьей формы предлежания последа — *pl. praevia marginalis*. Заподозрить наличие ее можно, если у роженицы в периоде раскрытия наблюдаются не находящие себе других причин кровотечения, прекращающиеся с разрывом пузыря. Точно же установить наличие этой разновидности предлежания последа можно путем ощупывания: если ввести в достаточно раскрытый зев крючкообразно согнутый указательный палец, то обыкновенно удастся на некотором расстоянии от края зева нащупать, при *placenta praevia marginalis*, возвышающийся край детского места.

Переходя теперь к вопросу о лечении *placentae praeviae*, остановимся сначала на терапии самой опасной разновидности этой аномалии — центрального предлежания последа. Если эта разновидность представится врачу еще во время беременности или в самом начале родов, когда цервикальный канал раскрыт

очень мало, то сначала можно прибегнуть к тампонации рукава. Уложив роженицу (resp. беременную) на край стола, раскрывают ей влагалище ложкообразными зеркалами и по возможности плотно тампонируют его или широкой полосой стерильной марли, или тампоном в виде марлевого мешка, плотно набитого туго скатанными шариками из гигроскопической ваты, или, наконец, кольпейринтером. Тампон прижимает отслоившиеся части плаценты и соответствующие участки стенки нижнего сегмента к головке плода, останавливая или ограничивая таким образом кровотечение; кроме того он усиливает родовую деятельность матки и способствует раскрытию зева. Когда последний раскроется до 2 поперечных пальцев, врач, захлороформировав роженицу и извлеки тампон, входит двумя пальцами одной руки в цервикальный канал, пробуравливает ими плаценту, добирается до головки плода и отталкивает ее в сторону, а другою рукою, положенною, через брюшные стенки, на ягодичный конец плода, стремится свести этот конец ко входу в таз, т. е., другими словами, производит комбинированный поворот на ножку по способу *Braxton-Hicks*'а. Когда одна из ножек приблизится к введенным в матку пальцам, врач захватывает ими ножку и низводит ее в рукав, причем она действует, с одной стороны, как тампон, останавливая кровотечение, а с другой — способствует раскрытию зева. Обыкновенно после низведения ножки кровотечение на некоторое время прекращается, а затем мало по малу опять возобновляется. Это служит признаком, что та часть ножки, — обыкновенно голень, — которая раньше плотно тампонировала зев, теперь, вследствие дальнейшего его расширения, перестает выполнять свою роль тампона. Тогда



Рис. 543. Тампонация рукава при *placenta praevia centralis*.

врач должен еще немного низвести ножку, чтобы в зеве очутилась более толстая часть ее, именно, бедро. Кровотечение опять на время прекращается. Когда оно вновь откроется, акушер опять низводит ножку так, чтобы в зеве очутилась ягодница, и пр. Такое систематическое повторение низведения ножки



Рис. 544. Низведение ножки, после поворота, при placenta praevia centralis (по Hammerschlag'y).
rr — Предлежащая плацента, середина которой продырявлена при операции поворота.

практикуется в строгой постепенности до тех пор, пока не наступит полное раскрытие зева, и врач не в состоянии будет извлечением сначала ребенка, потом плаценты окончить роды.

Некоторые акушеры, при производстве поворота по *Braxton-Hicks*'у у рожениц с placenta praevia centralis, предпочитают не пробуривать плаценту, а отделять ее и лишь вне плацентарной области проникать внутрь пузыря. По моему мнению такой об-

раз действий не представляет никаких преимуществ по сравнению с прохождением сквозь детское место.

Именно при разбираемой аномалии отнюдь не следует слишком спешить с извлечением плода, производя его при недостаточно раскрытом зеве. В противном случае акушер рискует причинить роженице глубокие надрывы в области внутреннего зева, а так как при placenta praevia указанная область является

сильно васкуляризированной, то надрывы эти могут дать обильное, с трудом поддающееся остановке кровотечение, которое в состоянии убить и без того обезкровленную роженицу.

Описанный сейчас способ лечения *placentae praeviae centralis* дает сравнительно хорошие результаты для матерей, смертность которых при нем понизилась до 5—6⁰/₁₀. Но за то он является

крайне невыгодным для детей, которых при нем погибает почти две трети. Чтобы несколько ограничить эту колоссальную смертность, некоторые из представителей современного акушерства принципиально рекомендуют проводить роды при *placenta praevia centralis* с помощью метрейриза. Имея пред собой случай центрального предлежания последа, акушер, согласно этому способу, должен проникнуть сквозь плаценту в амниональный пузырь, ввести в последний баллон того или другого типа, — многие



Рис. 545. Интраамниальный метрейриза при *placenta praevia centralis*.

Введенный в область плодного пузыря метрейринтер Champetier de Ribes'a плотно прижимает прорванную в середине плаценту (pp) к стенкам матки.

предпочитают *Champetier de Ribes'*овский, — наполнить его жидкостью и привязать к трубке баллона тяжесть для постоянного влечения. Когда баллон родится, открытие зева оказывается или полным, или близким к полному; поэтому акушер после рождения метрейринтера может безбоязненно приступить к повороту внутренними приемами и экстракции плода за ножку. Применяя этот способ, удастся действительно в известной мере понизить смертность детей, хотя и не так значительно, как надеялись предложившие этот способ авторы,

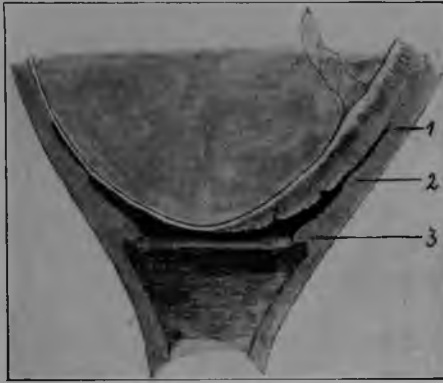


Рис. 546. Положение предлежащей плаценты (pl. praevia lateralis) относительно маточной стенки при целом пузыре (по Витт'у).

По мере раскрытия зева плацента все более и более отслаивается. 1 — Верхняя граница отслойки. 2 — Внутренний зев. 3 — Наружный зев.

не раскрыт, можно также применить тампонацию рукава, а как только зев раскроется пальца на два, даже меньше, — надо разорвать плодный пузырь. Нередко одного этого несложного приема бывает достаточно, чтобы кровотечение прекратилось. Зависит это, во-первых, от того, что, после отхождения околоплодной жидкости, об'ем плодного яйца и матки становится меньше, уменьшается площадь маточной стенки, и просвет сосудов в ней суживается. Кроме того, пока пузырь цел, при каждом сокращении матки стенка нижнего сегмента смещается относительно пузыря, т. е. прои-

ибо при placenta praevia высокая смертность детей в большой степени зависит от не устранимых никакой терапией условий (высокий процент недоносков). Зато заболеваемость и смертность матерей при метррейризе больше, чем при повороте по *Braxton-Hicks*'у, почему последний и остается до сих пор общепринятым способом акушерской терапии pl. praeviae centralis.

При боковом предлежании последа, пока зев



Рис. 547. Положение предлежащей плаценты (pl. praevia lateralis) относительно маточной стенки при разорванном пузыре (по Витт'у).

Плацента оттягивается вверх вместе с оболочками. 1 — Свободный от пузыря сегмент головки плода. 2 — Внутренний зев. 3 — Наружный зев.

сходит отслойка связанной с последним плаценты; когда же пузырь будет разорван, плацента оттягивается кверху, и отношение ее к маточной стенке становится более постоянным. Наконец, вслед за разрывом оболочек головка плода обыкновенно плотно вступает в таз и прижимает к стенкам последнего кровотокащие места маточной стенки.

Если при боковом предлежании последа одного разрыва плодного пузыря оказывается недостаточно для остановки кровотечения, тогда применяются такие же меры, как и при *placenta praevia centralis*, и главным образом — поворот по *Braxton-Hicks'y* с последующим низведением ножки.

При *placenta praevia marginalis* терапия во всех случаях может ограничиваться разрывом плодного пузыря.

Так как при опасных формах предлежания детского места, *pl. praevia centralis* и *pl. praevia lateralis*, применявшиеся до сих пор методы лечения дают результаты, оставляющие желать очень многого, то в последнее время среди акушеров замечается тенденция применять при этой аномалии наиболее энергичные способы хирургического вмешательства, именно кесарское сечение. При этом некоторые авторы предпочитают здесь влагалищное кесарское сечение, другие же — абдоминальное. Последнее, притом с разрезом в области верхнего сегмента маточного тела, кажется мне более соответствующим тем анатомическим условиям, какие имеют место при *placenta praevia*.

Манцевич. О предлежании последа. Дисс. Харьк. 1868. — *Филатов.* К вопросу о предлежании последа. М. Вр. В. 1873-74. *Горелейченко.* О предл. послед. М. М. Г. 1877. — *Львов.* Совр. состояние вопроса об этиологии *pl. praeviae*. Вр. 1881. — *Зимин.* К стат. и тер. *pl. praeviae*. Отч. *Иноевса.* 1890. — *Побединский.* Мат. к уч. о предлежании д. места. Дисс. СПб. 1894. — *Гредингер.* К вопросу о предлежании последа. Тр. М. А. О. 1896. — *Левин.* Об опер. лечении предлежания д. места. Пр. О. Синф. В. 1897-98. — *Либов.* К леч. центр. предлежания последа. Р. Вр. 1903. — *Гусев.* Лечение при *pl. praevia*. Ж. А. 1909. — *Кауцнельсон.* К вопросу о леч. предлежаний д. места. Отч. Ж. А. 1910. — *Гусаков.* К вопросу о лечении и предсказании при *pl. praevia*. Вр. Г. 1910. — *Марковский.* Ср. оценка ме-

тодов лечения pl. praeviae. Сб. Отта. II. — *Новиков*. К вопросу леч. предлежаний д. места. Ж. А. 1911. — *Фаддеева*. Предлежание последа по данным госп. ак.-гин. клин. проф. *Лебедева* и пр. Р. Вр. 1911. — *Мусатов*. К вопросу о статистике и лечении при pl. praevia. Отч. Вр. Г. 1912. — *Парышев*. S. caesarea abd. при pl. praevia. Ж. А. 1914.

Казуистика: *Шклярский*, Др. З., 1839; *Буяльский*, Др. З., 1846; *Левестам*, М. Вр. Ж., 1847; *Китер*, Зап. по ч. Вр. Н., 1849; *Крассовский*, Др. З., 1851; *Пушкарев*, Тр. О. Р. В., 1852; *Соколов*, там же, 1857-58; *Змеев*, М. М. Г., 1862; *Маевский*, Пр. Вил. М. О., 1883; *Кистер*, М. В., 1884; *Луценко*, Пр. Сов. Кур. Г. З. Б., 1885; *Какушкин*, Пр. Тамб. М. О., 1888-89; *Брызгалов*, Пр. О. Костр. В., 1889; *Синайский*, Р. М., 1889; *Лихтерман*, М. Об., 1890; *Затворницкий*, Пр. О. Арх. В., 1890; *Орлов*, Р. Мед., 1892; *Левоневский*, Пр. Омск. М. О., 1893-94; *Яницкая*, Сб. Тр. СПб. Р. З., 1894; *Кан*, Пр. Вил. М. О., 1894; *Выгодский*, Пр. Вил. М. О., 1895; *Вишнепольский*, Ж. А., 1895; *Дьяконенко*, Пр. Киев. А. О., VIII; *Мартынов*, Ж. А. 1896; *Малевский-Малевич*, Отч. СПб. Род. З., 1898-1900; *Рейн*, Пр. Киев. А. О. 1898; *Гольдберг*, Вр. Г., 1902; *Белоглазов*, Ж. А. 1902; *Петрыковский*, Отч. Р. Вр., 1903; *Потеенко*, Сиб. В. Г., 1912; *Свержов*, Ж. А., 1912; *Дедов*, Р. Вр. 1913.

Выпадение плаценты. От предлежания детского места (placenta praevia) надо отличать выпадение его (prolapsus placentae), при котором плацента изгоняется из половых путей прежде плода. Чаще всего это бывает, разумеется, при предлежании плаценты, но бывают случаи, когда таким образом рождается и плацента, расположенная на нормальном месте. В этиологии подобных случаев играют, повидимому, главную роль — с одной стороны очень большое количество околоплодных вод, быстрое отхождение которых при разрыве пузыря ведет к преждевременной отслойке плаценты, а с другой — моменты, мешающие предлежащей части плотно закрывать вход в таз. Так как и для матери, и для плода важно не то, вышла плацента из полового канала, или нет, а главным образом то, находится она в связи с маточной стенкой, или отслоилась, то клиническое значение данной аномалии, как таковой, является в общем незначительным.

Фейнберг. К каз. prolapsus placentae при норм. ее прикреплении. Пр. СПб. М. О. 1892. — *Пиотрович*. Сл. выпа-

дения послета при его центр. предлежании. Отч. Вр. Г. 1901. *Брок.* Сл. prolapsus totalis pl. praeviae с благопр. исходом для матери и младенца. Ж. А. 1903. — *Ануфриев.* Сл. prolapsus placentae sub. partu. Ж. А. 1916.

Преждевременная отслойка плаценты, сидящей на нормальном месте. При нормальных условиях плацента, как известно, отделяется тогда, когда закончится 2 период родов, т. е. после того, как родится ребенок. Раньше этого времени плацента отделяется большею частью при ее прикреплении в нижнем сегменте. В некоторых редких случаях, однако, детское место, даже и при нормальном местоположении, может отделиться в течение 2 или 1 периода родов, а иногда и раньше, еще во время беременности.

В этиологии такой преждевременной отслойки плаценты, сидящей на нормальном месте, некоторые авторы приписывают главную роль тем же моментам, какие фигурируют на первом плане в этиологии выкидышей, т. е. эндометриту и травме, тогда как другие самой главной причиной ее считают нефрит или, точнее говоря, возникающие на почве этой болезни изменения сосудов. Далее, к числу причин этой аномалии относят чрезмерную короткость пуповины, многоводие, многоплодную беременность и пр.

Гентер, которому принадлежит одна из самых обстоятельных работ по данному вопросу в русской литературе, отмечает, что чаще всего преждевременная отслойка плаценты, сидящей на нормальном месте, имеет место в I периоде родов реже во время беременности, еще реже во время периода изгнания.

Как и всегда, отслойка плаценты при разбираемой аномалии ведет к кровотечению из того участка маточной стенки, где прикреплялась плацента, а так как матка в это время еще содержит плодное яйцо, то она не может, как это бывает при опорожненной матке, своим сокращением остановить кровотечение. В итоге больная теряет очень много крови, которая или скопывается в матке, между ее стенками и периферией плодного яйца, — внутреннее кровотечение, или пробивает

себе путь к внутреннему зеву и изливается наружу, — наружное кровотечение. В том и другом случае кровопотеря может быть настолько велика, что у женщины развиваются



Рис. 548. Преждевременная отслойка плаценты, сидящей на нормальном месте, с внутренним кровотечением (по Winter'y).

а — Ретроплацентарное кровоизлияние.



Рис. 549. Преждевременная отслойка плаценты, сидящей на нормальном месте, с наружным кровотечением (по Pinard'y и Varnier).

аа — Ретроплацентарное кровоизлияние, пробившее себе путь к цервикальному каналу.

припадки острой анемии. Еще более велика при этом бывает опасность для плода, — вследствие отслойки плаценты связь его с матерью нарушается, и ребенок гибнет от асфиксии.

Особую форму внутреннего кровотечения при преждевременной отслойке плаценты, сидящей на нормальном месте, представляет та, при которой отслаивается лишь центр плаценты, периферия же остается в связи с маткой, и потому изливающаяся кровь скопляется исключительно между плацентой и маточной стенкой (ретроплацентарная гематома в собственном смысле).

Обращаясь к распознаванию разбираемой аномалии, мы должны иметь в виду, что преждевременная отслойка сидящей

на нормальном месте плаценты дает различную клиническую картину в зависимости от того, ведет она исключительно к внутреннему кровотечению, или также и к наружному. В первом случае беременная или роженица, у которой имеются в анамнезе указания на эндометрит, нефрит и пр., обычно сообщает, что у нее после какой-нибудь травмы вдруг развилась жгучая боль в области матки, и вскоре после того об'ем последней стал быстро расти. При об'ективном исследовании мы находим у больной признаки острого малокровия (малый, частый пульс, общую бледность и пр.), не находящие себе об'яснения в каких-либо иных патологических состояниях, и не соответствующее месяцу беременности увеличение матки, которая притом представляется шаровидной, равномерно-эластичной; частей плода в матке прощупать не удастся, сердцебиение его не выслушивается; если врач имеет дело с роженицей, то родовые сокращения матки у ней отличаются слабостью. Во втором случае мы находим то же самое и, кроме того, отхождение крови из половых путей, обыкновенно не соответствующее степени острого малокровия.

При внутренних кровотечениях, ограниченных центральными частями детского места, обыкновенно бросается в глаза резкое выпячивание маточной стенки в области прикрепления плаценты.

Растяжение матки при внутренних кровотечениях из места прикрепления плаценты иногда бывает так значительно и прогрессирует так быстро, что брюшинный покров матки не выдерживает, лопается, и получаются кровоизлияния в брюшную полость (*Окинчиц*).

Терапия преждевременной отслойки плаценты при нормальном ее местоположении должна быть направлена к тому, чтобы по возможности скорее опорожнить матку, ибо лишь после этого больная оказывается вне опасности. Методы, избираемые при этом, зависят от степени раскрытия половых путей. Если отслойка плаценты имеет место у роженицы с раскрытым вполне или близким к полному раскрытию зевом, то надобно немедленно окончить роды поворотом с последующим извлечением плода. Труднее определить терапию при закрытой или

мало раскрытой шейке. Различными авторами предлагаются здесь самые разнообразныe способы лечения, начиная с искусственного разрыва плодного пузыря и кончая кесарским сечением (абдоминальным или рукавным). Выбор того или другого способа зависит от особенностей данного случая. Там, где раскрытие шейки уже несколько подвинулось вперед, и общее состояние больной не внушает особенных опасений, т. е. кровотечение не особенно значительно, можно прибегнуть к более консервативным мерам, каковы разрыв плодного пузыря и интраамниальный метрейриз, а после достаточного раскрытия зева — поворот и извлечение плода. Там же, где раскрытие очень незначительно, или цервикальный канал вовсе не открыт, а кровопотеря у больной весьма значительна, не следует останавливаться и пред более решительными мерами, среди которых влагалищное кесарское сечение является особенно уместным.

В отдельных случаях преждевременного отделения детского места, сидящего нормально, дело кончается благополучно и при выжидательном образе действий. *Реймер* описывает интересный случай, где, при отслойке плаценты под влиянием травмы на 3 месяце беременности, внутреннее кровотечение было настолько значительно, что к концу 4 месяца дно матки достигло мечевидного отростка. В начале 5 месяца произошел выкидыш, причем сначала родился живой плод и др. части яйца, а затем вышло около $\frac{1}{2}$ ведра кровяных сгустков. На подобные исходы при данной аномалии врач, однако, не вправе рассчитывать.

Славянский. К уч. о заболев. последа. *Ж. Рудн.* 1873. — *Богородицкий*. Сл. аорoplexiae placentae. Пр. Тамб. М. О. 1890. — *Масловский*. К этиологии прежд. отделения д. места при норм. его положении. *Ж. А.* 1896. — *Реймер*. Внутриматочное кровотечение во вр. беременности. *Ежен.* 1898. — *Грюнинг*. Преждевременное отделение правильно прикрепленного д. места. *Ж. А.* 1903. — *Мусатов*. К вопр. о прежд. отделении последа во вр. родов. *М. Об.* 1907. — *Шевалдышев*. Экстирпация матки по пов. угрожающего кровотечения всл. прежд. отделения д. места. *Отч. Пр. В.* 1908. — *Калмыков*. К каз. прежд. отделения д. места во вр. родов при норм. его прикреплении. *Вр. Г.* 1909. — *Скробанский*. Влаг. кес. сечение по *Dührssen*'у в тяж. случае отделения норм. прикре-

пленного д. места во вр. беременности. Ж. А. 1909. — *Окинщц.* Из акуш. казуистики. Р. Вр. 1912. — *Гентер.* Презд. отделение д. места. Дисс. СПб. 1913. — *Китнер.* Сл. презд. отделения норм. расположенного д. места. Ж. А. 1914.

Задержание плаценты. Как мы уже говорили выше, детское место обыкновенно отслаивается при первых же сокращениях матки, наступающих после рождения ребенка, а вскоре затем отделившаяся плацента выходит, вместе с оболочками, наружу. Нередки, однако, в практике случаи, когда со времени появления на свет ребенка проходят часы, даже дни, а послед все продолжает оставаться в матке. Врачи-практики склонны объяснять такую задержку плаценты ее приращением к маточной стенке. Точные наблюдения, однако, показывают, что настоящие приращения плаценты встречаются крайне редко, и что задержание последа большею частью бывает обязано своим происхождением другим причинам, среди которых главнейшею является стриктура матки.

Стриктура эта в большинстве случаев возникает на почве чрезмерного механического раздражения маточной мышцы — чаще всего, по указаниям некоторых авторов, при неправильном применении выжимания последа по способу *Credé*. Способ этот следует применять лишь тогда, когда детское место уже отслоилось от маточной стенки, и его нужно лишь выделить. Некоторые неопытные или нетерпеливые врачи и акушерки нередко начинают, однако, производить, выжимание, когда плацента еще плотно соединена с маточной стенкой. Результатом такого несвоевременного выжи-



Рис. 550. Стриктура матки в области внутреннего зева с задержанием плаценты (по Lenoir'y и Tarnier).

мания и является спазм циркулярной мускулатуры матки, большею частью в области внутреннего зева, дающий настолько значительное сужение последнего, что даже вполне отслоившаяся плацента не в состоянии бывает пройти через суженное место.

Некоторые наблюдатели утверждают, что, кроме области внутреннего зева, обуславливающая задержку плаценты, стриктура может возникать и



Рис. 551. Стриктура трубного угла матки с задержанием плаценты.

в области одного из рогов матки — так, что трубный угол является обособленным от остальной полости маточного тела, представляясь наощупь в виде округлой опухоли, отделенной от остального тела матки ясной перетяжкой. Другие склонны, повидимому, отрицать самую возможность подобной стриктуры. По моему мнению, последняя является вполне возможно уже анатомически. Изучая в свое время, совместно с *Werth*'ом, архитектуру миометрия,

я убедился, что кольца циркулярной мускулатуры труб, переходя на тело матки, сначала идут в косвенном направлении и лишь потом, по мере приближения к области внутреннего зева, приобретают все более и более горизонтальное расположение. Если, поэтому, плацента находится в самом трубном углу, то и стриктура может образоваться, уже рассуждая а priori, перпендикулярно к оси соответствующего маточного рога и косвенно, а не перпендикулярно, к длиннику матки. В этом я мог убедиться и фактически в нескольких случаях из своей практики.

Vitt, подтверждая факт частых задержаний плаценты при расположении ее в трубном углу, объясняет это не спазмом маточной мускулатуры ниже места прикрепления плаценты, а сильным истончением того участка маточной стенки, на котором сидит плацента при таком ее расположении. *Горвиц* наблюдал боковое ущемление плаценты при двойнях.

Помимо неумелого применения способа *Credé*, стриктуру матки могут вызвать и другие механические раздражения, напр., частое и грубое внутреннее исследование, а также, повидимому, термические раздражения (горячие спринцевания), несвоевременное применение препаратов спорыньи и т. д.

Бывает, однако, хотя и реже, что задержание плаценты зависит не от стриктуры матки, а от настоящего приращения плаценты к маточной стенке. Анатомическая подкладка такого приращения не вполне еще выяснена. Все-таки большинство авторов склонно видеть в основе его хронический эндометрит, ведущий у беременных к атрофическому и дегенеративному состоянию *d. serotinae*, благодаря которому ворсинки *placentaefoetalis* прикрепляются не к децидуальной ткани, а к миометрию. В отдельных случаях настоящего приращения детского места в последнем не было, однако, находимо никаких патолого-анатомических изменений.

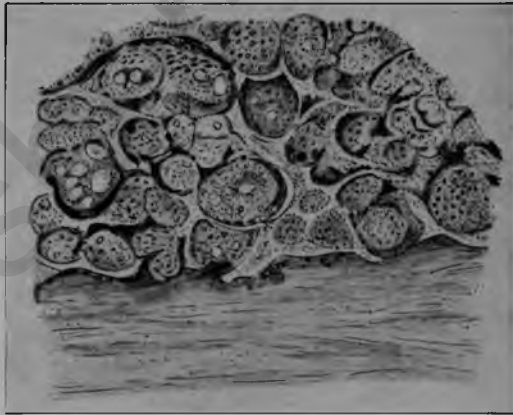


Рис. 552. Микроскопическая картина приращения плаценты (*pl. accreta*) (по *Neumann'у*).
D. serotina почти совершенно отсутствует, и ворсинки плаценты врастают непосредственно в миометрий.

В числе еще более редких причин задержания плаценты в отдельных случаях фигурируют *pl. membranacea*, *pl. succenturiata* и *pl. marginata*. Напротив, довольно частою причиною задержки плаценты служит, по мнению некоторых наблюдателей, чрезмерное переполнение мочевого пузыря.

Развиваясь на той или другой почве, задержка плаценты может быть или полной, когда задерживается вся плацента, или частичной, когда задерживаются отдельные ее дольки, причем та и другая могут быть очень длительными.

В случае *Скульского*, напр., задержание плаценты длилось полных 2 месяца. *Варнек* описал интересный случай, где задержавшееся после родов в матке детское место вышло только на 50-й день. *Кашкаров* имел в своей практике случай 3-недельной задержки. *Дыский* и *Чепурковский* сообщили о случаях 19-дневной задержки детского места и пр.

Как полное, так и частичное задержание плаценты иногда являются очень серьезными осложнениями родов resp. послеродового периода. Собственно говоря, пока плацента хорошо соединена с маточной стенкой, ее задержка не ведет к особенно вредным последствиям, — при ней не бывает ни кровотечений, ни омертвения и гнилостного разложения плацентарной ткани. Если, однако, — как то бывает в большинстве случаев приращения плаценты, — последняя остается связанною с маткой лишь частью своей маточной поверхности, остальная же часть является отслоившеюся, или вся плацента, — как то бывает при стриктурах, — отслоилась, то задержка ее всегда сопровождается кровотечением, нередко принимающим угрожающие размеры. Причина кроется в том, что, с одной стороны, на поверхности маточной стенки, соответствующей отслоившимся участкам детского места, сосуды зияют и кровоточат, а с другой — матка, держа в себе плаценту, не может настолько сократиться, чтобы просветы ее сосудов спались. Когда связь плаценты с маткой, далее, нарушена, то питание плацентарной ткани страдает, ткань эта подвергается омертвлению, а если в маточную полость попадут гнилостные микробы, — загнивает, что ведет к putridной интоксикации, иногда же, соответственно современному взгляду на вещи, — к общей инфекции. О других последствиях задержки плаценты, какова, напр., замедленная обратная инволюция матки и пр., будет сказано ниже, при изложении патологии пуэрперального периода.

Рогов, разработавший в данном отношении обширный материал Московского Родовспомогательного Заведения

(52 011 родов), нашел, что заболеваемость при данной аномалии равна 19 %, а смертность — 2,4 %.

Если задержка плаценты не сопровождается никакими расстройствами, то против нее, собственно говоря, нет нужды принимать и какие-либо меры. В тех же случаях, где она вызывает кровотечение, следует позаботиться об удалении детского места. С указанною целью можно сначала прибегнуть к таким приемам, как опорожнение пузыря (если он переполнен) и выжимание по способу *Credé*. Необходимо, однако, иметь в виду, что, как уже говорилось выше, слишком усердное применение последнего способа само может повлечь за собою задержку последа на почве стриктурирования матки; поэтому, раз осторожные попытки выдавить плаценту не ведут к желаемой цели, надо оставить их и выяснить, путем внутреннего исследования, отчего зависит задержка, — не от стриктуры ли. Определить это очень легко, — входя рукою в маточную полость, мы замечаем, при наличности стриктуры, что внутренний зев едва в состоянии пропустить 1—2 пальца, иногда просвет его почти весь бывает занят проходящей чрез него пуповиной, а выше его имеется расширение, где и помещается нередко уже совершенно отслоившаяся от матки плацента. При наличности такой картины надо дать роженице несколько вдыханий хлороформа или применить морфий под кожу, после чего спазм маточной мускулатуры проходит, и плацента легко может быть или извлечена внутренними ручными приемами, или выжата снаружи.

Если, напротив, внутреннее исследование убедит врача, что задержка детского места зависит не от стриктуры, а от настоящего приращения, то общепринятая терапия ее состоит в ручном отделении места. Операция эта зачастую является очень серьезною. Во - первых, при настоящем приращении плаценты последняя бывает нередко спаяна с маточной стенкой настолько интимно, что разделить эту связь *lege artis* бывает очень нелегко, — можно или повредить маточную стенку, или оставить части плацентарной ткани, которые впоследствии, омертвев, могут послужить удобною почвою для развития микробов. Кроме того, при этой операции крайне легко занести

инфекцию в сосуды плацентарного места. Поэтому ручное отделение плаценты следует производить не иначе, как с тщательным соблюдением правил строжайшей асептики. Лучше всего выполнять ее рукою, одетою в стерильную резиновую перчатку. Введя руку в полость матки, причем пуповина должна служить путеводною нитью, акушер достигает периферии плаценты и осторожно начинает отслаивать последнюю лучевым краем кисти. В то же время другая рука его поддерживает матку снаружи и контролирует движения внутренней руки.

Операция эта, повторяем, иногда бывает настолько трудна и сопряжена с таким риском повреждения матки, что в случаях слишком интимного приращения плаценты рекомендуется (*Крассовский*) совершенно отказываться от нее и ограничиваться систематической тампонацией матки стерильной марлей (*Колосов*), при каковом лечении детское место иногда сравнительно быстро отделяется и выходит само.

Варнек в уже упомянутом выше случае 50-дневного задержания плаценты применил постоянное орошение по *Снеицеву*, оказывающее, как известно, аспирирующее действие на содержимое матки. Эффект получился, — плацента отделилась и вышла, но только на 9-й день лечения.

Делоне уже почти 100 лет тому назад предложил, при задержании плаценты, впрыскивать в пупочную вену уксус. Испробовав в нескольких случаях этот способ, лишь с заменою уксуса стерильным соевым раствором, я убедился, что этим путем действительно можно добиться отделения плаценты. Опыты с впрыскиванием жидкости под большим давлением в пупочную вену, произведенные на выделившихся плацентах, показали мне, далее, что жидкость при этих условиях легко просачивается, благодаря разрывам конечных разветвлений пупочной вены на маточной поверхности плаценты. Очень возможно, что именно такое просачивание и играет главную роль в отделении плаценты при этом способе.

Если задержавшаяся в матке плацента или части ее подверглись гнилостному разложению, то их надо также удалить, руководясь при этом теми правилами, какие выше были приведены относительно лечения гнилостного выкидыша.

Делоне. О полезности впрыскивания уксуса через пуповину в послед при замедлении сего последнего. В. Ест. Н. *Иовского.* 1828. — *Бенедиктов.* Трения живота при приращениях послета и пр. Др. Э. 1850. — *Зеленкевич.* Приращение послета от неосторожностей во вр. беременности. М. В. 1861. — *Сочава.* Анэстезия при вык. и сплошном приращении послета. М. В. 1867. — *Горвиц.* О боковом ущемлении послета. М. В. 1871. — *Кобылин.* Два сл. задержания д. места и его отделения без опер. помощи. М. В. 1875. — *Кашкаров.* Сл. долгого задержания послета. М. В. 1878. — *Сыромятников.* К вопр. о долговр. задержании послета. Вр. 1882. — *Сочава.* Неск. инт. случаев из гин. и ак. практики. Вр. 1883. — *Типяков.* Мат. к вопр. о задержании и выделении д. места. Дисс. М. 1884. — *Пашкевич.* Сл. задержания д. места. М. Об. 1885. — *Антошевский.* Ведение послет. пер. родов. Отч. Вр. 1886. — *Тронов.* Сплошное сращение послета. М. Об. 1887. — *Варнек.* Сл. выделения послета на 50-й день и пр. Вр. 1888. — *Истомин.* 4 сл. приращения послета. Ж. А. 1890. — *Марьянчик.* Сл. частичн. приращения послета и пр. Вр. 1891. — *Орлов.* О задержании и удалении послета. Р. Мед. 1893. — *Баташов.* Семидн. задержание послета в пол. матки. Ж. А. 1894. — *Дыский.* Сл. 19-дневн. задержания д. места. Б. Г. 1895. — *Панфилович.* 4 сл. иск. позднего отделения плаценты. Пр. О. Кал. В. 1896. — *Массен.* К уч. о зад. и приращении послета. Ж. А. 1897. — *Чепурковский.* Редк. сл. задержки плаценты в матке. Пр. Бел. М. О. 1897—1900. — *Александров.* К вопр. о приращении д. места. Ж. А. 1900. — *Колосов.* К вопр. о приращении послета. Дисс. М. 1909. — *Скульский.* Сл. 2-мес. задержания плаценты. Ж. А. 1909. — *Борткевич.* К анатомии и этиологии pl. accretae. Ж. А. 1910. — *Куричин.* Сл. 4-нед. задержания послета. Вр. Г. 1910. — *Рогов.* Ручное удаление послета. Ж. А. 1915.

Задержание оболочек. Значительно чаще, чем задержание плаценты, наблюдается при родах задержание оболочек, составляющих плодный пузырь, т. е. ворсистой и водной: по *Фишеру* оно встречается в 6,2% всех родов, а по *Михнову* — в 6,7%. По *Фишеру*, далее, осложнение это при применении способа *Credé* имеет место реже, чем при выжидательном ведении последового периода, *Михнов* же, напротив, в числе этиологических моментов, способствующих задержанию оболочек, выставляет, кроме одиночной перевязки пуповины, выжимание послета по *Credé*; он винит здесь, впрочем, не-

столько сам по себе способ *Credé*, сколько нерациональное его применение, с чем совершенно согласен и я.

Что касается, далее, клинического значения этой аномалии, то, хотя *Лазаревич* и утверждает, будто задержание амниона может вызывать опасные явления, однако правильнее будет признать задержку оболочек не представляющею особой важности в практическом отношении. Поэтому против нее и не следует принимать никаких мер — тем более, что задержавшиеся оболочки обыкновенно сами выходят на 4-й—6-й дни. Лишь в тех случаях, где у родильниц в связи с задержанием оболочек появится лихорадка, надо, по *Михнову*, позаботиться об удалении последних.

Кроме ворсистой и водной оболочек в матке могут задерживаться и значительные количества децидуальной ткани, каковой задержке некоторые авторы приписывают важную роль в происхождении хронического метро-эндометрита. Вопрос этот касается, впрочем, больше гинекологии, чем акушерства.

Фишер. Неск. слов о значении задержанных пл. оболочек. Вр. 1886. — *Лазаревич*. О задержании пленки и др. оболочек яйца. Ж. А. 1887. — *Марковский*. Decidua, как постороннее тело. Пр. Киев. А. О. I. — *Михнов*. О задержании пл. оболочек в терап. отношении. Б. Г. 1897. — *Розенфельд*. К вопр. о терапии при задержании оболочек. Нов. М. 1908.

Д. Травматические повреждения половых путей при родах.

Так как во время родов сравнительно об'емистое тело ребенка проходит чрез сравнительно узкий родовой канал, то естественно, что стенки последнего нередко не выдерживают чрезмерного растяжения и разрываются. Подобного рода повреждения могут иметь место как в твердых частях родового канала, т. е. в стенках тазового кольца, так и в мягких, причем повреждения первого рода, понятно, встречаются в практике несравненно реже вторых. Кроме разрывов к травматическим повреждениям родового канала могут быть отнесены возникающие также на почве родовой травмы в разных частях полового аппарата гематомы.

а) Повреждения мягких частей родового канала.

аа) Разрывы мягких частей родового канала.

Травматические повреждения и в частности разрывы могут наблюдаться, во время родов, во всех отделах родового канала, — им могут подвергаться тело матки, ее шейка, рукав и, наконец, окружность половой щели.

Разрывы тела матки. Между тем, как во время беременности, согласно сказанному выше, разрывы маточного тела наблюдаются, можно сказать, в исключительных случаях, у рожениц это осложнение не представляет особенной редкости.

По *Михайлову* частота разрывов матки в родовспомогательных заведениях России равняется 0,15 % общего числа родов. *Иванов* нашел, что в Московском Род. Заведении на 118 581 родов разрывы матки встретились 124 раза, т. е. приблизительно в 0,1 %.

Если, вместе со *Schroeder*'ом, признавать, что тело матки состоит из двух сегментов, верхнего и нижнего, играющих совершенно различную роль во время акта родов, то надобно будет сказать, что разрывы маточного тела в громадном большинстве случаев локализируются в области нижнего сегмента.

Ледомский, собрав сведения о 128 случаях разрыва матки, нашел, что в 97 из них разрыв локализовался в области нижнего сегмента, в 11 — в области дна и в 1 — в области тела матки вообще.

Если считать т. наз. нижний сегмент маточного тела за изглаженную часть шейки, то, разумеется, излюблен-

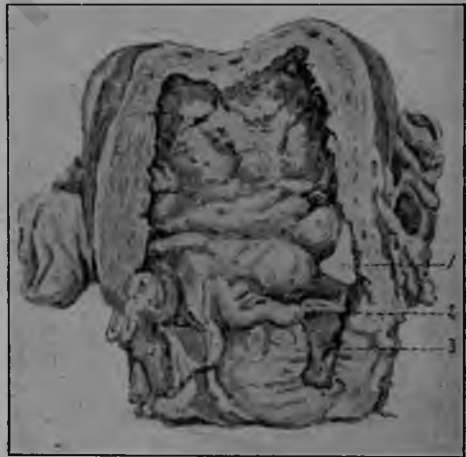


Рис. 553. Разрыв матки у роженицы.
1 — Место разрыва, имеющего продольное направление. 2 — Граница матки с рукавом (растянутый наружный яв). 3 — Надрыв рукавистой стенки.



Рис. 554. Разрыв матки у роженицы.
1 — Место разрыва, имеющего поперечное направление. 2 — Граница матки с рукавом (растянутый наружный зев).

ным местом локализации разрывов матки придется признать (как это и делает, напр., *Иванов*) надвлагалищную часть шейки.

Указанная сейчас локализация разрывов маточного тела легко объясняется с точки зрения общепринятого взгляда на их этиологию и генез. Большинство думает, что разрывы эти большею частью происходят на почве чрезмерного растяжения нижнего сегмента матки, каковое растяжение, в свою очередь, стоит в связи с затянувшимся течением родов. Когда родовой акт встречает какие-либо препятствия со стороны или матери, или плода, то, чем дольше длятся бесплодные усилия матки преодолеть эти препятствия, тем энергичнее сокращается верхний сегмент матки, и тем сильнее растягивается нижний сегмент. В конце концов циркулярная мускулатура первого приходит в состояние длительного спазма (судорожные потуги), а мускулатура второго соответственно растягивается, истончается и, наконец, рвется. Происходит это или без всякого вмешательства какой-либо другой механической силы — самопроизвольный разрыв, или благодаря тому, что и ранее уже истонченная стенка нижнего сегмента подвергается добавочному растяжению вследствие, напр., введения в матку руки для производства какой-либо акушерской операции и пр. — искусственный resp. насильственный разрыв.

В соответствии с только что описанным механизмом возникновения разрывов матки они чаще всего наблюдаются при узком тазе, запущенном поперечном положении плода и, наконец, при головной его водянке, т. е. как раз при таких аномалиях, которые более всего мешают родоразрешению. Судя по материалу *Михайлова*, 0% узких тазов у рожениц

с разрывами матки равняется 37,3, при поперечных положениях разрывы встречаются в 28 раз чаще, чем при продольных, при лицевых предлежаниях — в 2 раза чаще, чем при черепных, при лобных — в 4 раза чаще и пр.

Самопроизвольные разрывы матки при родах встречаются значительно чаще насильственных, — из 128 случаев *Ледомского*, напр., первые имели место в 99, тогда как вторые — лишь в 29; в материале *Михайлова* на 98 самопроизвольных разрывов было лишь 30 насильственных. При этом разрывы того и другого сорта возникают, повидимому, на различной почве: тогда как в происхождении произвольных разрывов главную роль играют сужения таза, насильственные разрывы большею частью бывают обязаны своим происхождением попыткам производить поворот при запущенных поперечных положениях.

Наряду с производящей причиной, которою при разрывах тела матки обычно бывает чрезмерное растяжение стенок нижнего сегмента, надо отметить целый ряд предрасполагающих причин, среди которых фигурируют различные патолого-анатомические изменения маточной стенки: хронический метрит, фиброматоз, рубцы после операций, рубцы после узур и пр.

Давыдов особенно важную роль в этиологии разрывов матки приписывает изменениям эластической ткани, — взгляд, опровергнутый *Ивановым*, *Поленовым* и др. *Дубенский*, *Алексенко* и др. отмечают в стенках подвергшихся разрыву маток усиленное развитие соединительной ткани в ущерб мышечной. *Бекман* нашел в мышечных клетках одной такой матки резкое зернистое помутнение протоплазмы. *Иванов* особенное значение в происхождении разрывов матки приписывает рубцовому изменению ее стенок на почве узур; оттого то, по *Иванову*, разрывы так часто и наблюдаются у женщин с узкими, особенно плоскими, тазами; оттого же излюбленными местами их локализации являются нижние участки тела матки и верхние участки маточной шейки, т. е. как раз те части, которые во время родов подвергаются особенно сильному придавливанию со стороны предлежащей части (головки).

Легко ведут к разрывам и рубцы иного происхождения, напр., рубцы после бывших уже ранее разрывов, после кесарских сечений, после энуклеации фибромиом и т. п. В материале *Ледомского* у 6 больных разрыв произошел именно по рубцу после кесарского сечения и у 6 же — после бывших ранее разрывов, причем разрывы по рубцу после кесарского сечения составили более половины общего числа разрывов дна (6 из 11).

Вербов, отрицающий, как уже известно читателям, состоятельность учения *Schroeder*'а о нижнем сегменте, усматривает причину разрывов матки не в растяжении стенок последней, а в их чрезмерной хрупкости, благодаря которой уже ничтожного механического влияния, — напр., обусловленного изменением положения тела больной, кашлем, смехом и пр., — бывает достаточно для разрыва. Излюбленным местом локализации разрывов матки *Вербов* считает пограничный пояс между телом и шейкой, ибо здесь маточная стенка тоньше всего, но думает, что разрывы могут локализоваться и во всяком другом месте. Перед разрывом верхний отрезок матки, по *Вербову*, вовсе не работает чересчур энергично, как то склонно думать большинство авторов, а наоборот — слишком слабо, нижний же отрезок является не истонченным, а парализованным. Наконец, судорожные схватки *Вербов* признает не предшествующими разрыву, а напротив — результатом и спутниками уже начавшегося разрыва.

Локализуясь, главным образом, в области нижнего сегмента, разрывы маточного тела могут иметь различные размеры и различное направление — продольное, поперечное и косвенное. Далее, при них может быть нарушена целостность всех слоев маточной стенки (полные, сквозные разрывы), или же поверхностный слой матки, брюшинный, может сохраниться свободным от разрыва (неполные разрывы).

По *Иванову* насильственные разрывы большею частью имеют продольное направление, самопроизвольные же — более поперечное или зигзагообразное; кроме того последние характеризуются своими размятыми краями.

Как полные, так и неполные разрывы матки, особенно же первые, должны быть рассматриваемы, как чрезвычайно серьезное осложнение родов. Для матери источниками опасности при них служат: кровотечение из разорванных сосудов маточной стенки, угрожающее смертью от острого малокровия, заражение брюшины из полового канала, повреждения соседних органов, особенно кишек, и т. д., плод же легко может погибнуть и действительно погибает от асфиксии или благодаря отслойке плаценты, — или благодаря общему острому малокровию у матери.

В 1895 г. *Михайлов* определял общую смертность матерей при разрывах матки в 80,6 ‰, общую смертность детей — в 93 ‰. Почти такие же цифры дал, в 1903 году, и *Иванов* (79 ‰ и 92,7 ‰). Напротив, *Ледомский* в 1909 г. определяет смертность матерей уже только в 36—46 ‰.

Разрывы пузыря при полных разрывах матки встретились в материале *Ледомского* 6 раз, выпадение брюшных внутренностей через разрыв — 8 раз.

Прозоровский описал интересный случай, где, при клинической картине разрыва матки, последняя оказалась цела, разрыву же подверглась а. uterina в 4-5 сант. от места своего отхождения от а. hypogastrica.

В виду столь значительной опасности разрывов матки, для каждого акушера-практика важно уметь не только распознать уже происшедший разрыв матки, но и предусмотреть его. Установить, что роженице в недалеком будущем грозит разрыв матки, не так уж трудно. Если мы узнаем из анамнеза, что роды у данной женщины длятся уже долго, а при объективном исследовании находим у нее какую-либо из помех для изгнания ребенка (узкий таз, поперечное положение и пр.), — если, далее, маточные схватки носят отчетливо выраженный судорожный характер, матка имеет форму песочных часов, кольцо сокращения выражено резко и стоит высоко, нижний сегмент сильно растянут и болезнен и пр., то близость разрыва маточной стенки стоит вне сомнений.

Нетрудно распознать и происшедший уже разрыв матки, причем опять-таки уже анамнез дает здесь ясные указания: роженица (или окружающие ее) рассказывают, что роды у ней

длились очень долго, причем схватки в конце концов приняли судорожный характер, сопровождаясь непрерывною, без промежутков, болью; затем, по словам больной, после приступа резкой боли внизу живота родовые схватки у ней совершенно прекратились, и одновременно она почувствовала дурноту, общую слабость и др. признаки шока, зависящие отчасти от обильной кровопотери, отчасти от раздражения брюшины. При объективном исследовании врач находит, что роженица крайне бледна, лицо ее покрыто холодным потом, пульс мал и част, из половых путей выделяется кровь. При выслушивании живота ее обыкновенно не удается определить ни звуков сердцебиения плода, ни его движений. Ощупывание живота нередко позволяет установить, что ребенок целиком или отчасти вышел из матки и находится в полости брюшины, внутреннее же исследование дает возможность непосредственно ощупать края разрыва. Бросается также в глаза, при внутреннем исследовании роженицы с разрывом матки, что подлежащая часть у ней стоит очень высоко и с трудом достигается.

Описанная сейчас картина варьирует в зависимости от того, где локализуется разрыв, как велики его размеры и пр., а главное — имеется в данном случае полный, герм. сквозной, или неполный разрыв. Провести дифференциальную диагностику между тем и другим практически важно, так как они дают различное предсказание: при неполном разрыве меньше опасность инфекции брюшины, нет опасности ущемления кишек и пр. Чтобы установить, полный или неполный разрыв перед нами, надо обращать внимание на такие стороны дела, как внематочное положение плода при полном разрыве и пр., вернее же всего вопрос этот решается путем непосредственного ощупывания разорванного места.

Сицинский отмечает пользу, которую может принести, при разрывах матки, осмотр ее полости зеркалами с освещением по *Отту*. Этот способ исследования, однако, доступен далеко не каждому врачу, даже и специалисту.

Если роженице угрожает опасность разрыва матки, то задача врача сводится к тому, чтобы возможно скорее окончить роды. Делать это надобно таким образом, чтобы не повредить

матки. Если мы, напр., при запущенном поперечном положении и грозящем разрыве станем пытаться сделать поворот, то наверное вызовем разрыв; подобный же результат может иногда получиться и в том случае, если, при растянутом нижнем сегменте, т. е. грозящем разрыве, и продольном положении плода мы будем пытаться накладывать на головку последнего щипцы. В таких случаях при мертвом плоде лучше прибегать к более безопасным для матери операциям (эмбриотомии), при живом же плоде и наличности надлежащей обстановки — к кесарскому сечению.

При наступившем уже разрыве матки также надо возможно скорее окончить роды. Сделать это необходимо как в интересах плода, — буде только последний жив, — ибо в дальнейшем разрыв грозит ему неизбежной смертью, так и в интересах матери, ибо при плоде, находящемся в полости матки, мать подвергается опасности истечь кровью и получить смертельный перитонит, каковые опасности уменьшаются после опорожнения матки, при плоде же, вышедшем в брюшную полость, женщине грозят те же опасности, какие выше были указаны относительно женщины с доношенной внематочной беременностью.

Если ребенок, несмотря на происшедший разрыв матки, находится еще в полости последней, то его лучше всего извлечь *per vias naturales*, но таким способом, который бы не оказался слишком опасным для матери. Нельзя, напр., для удаления плода, находящегося в головном предлежании, прибегать здесь к повороту с последующим извлечением, потому что, производя поворот, мы можем значительно увеличить разрыв. К экстракции плода, при происшедшем уже разрыве, надо прибегать лишь тогда, когда плод лежит в тазовом предлежании, при головных же предлежаниях лучше применять перфорацию с последующей краниоклазией, а при поперечных положениях плода — к эмбриотомии. Перечисленные операции являются здесь тем более уместными, что при происшедшем уже разрыве плод в громадном большинстве случаев бывает уже мертв.

Когда разорвавшаяся матка будет тем или другим способом опорожнена от плода и др. частей плодного яйца, она сокращается, причем просвет разрыва сильно уменьшается, и края его

перестают кровоточить, или начинают кровоточить гораздо слабее. Дальнейший образ действий врача по отношению к разрыву может быть или более радикальным, или более консервативным, т. е. врач или прибегает к операции, или применяет неоперативное лечение. Последнее заключается в строгом покое больной, применении пузыря со льдом на нижнюю часть живота, даче препаратов спорыньи внутрь и применении дренажа. Для последнего при разрывах матки лучше всего употреблять полосу стерильной марли, которую, по совету *Попова*, надо вводить отнюдь не в самый разрыв, а в половой канал. Полезно также, при неоперативном лечении разрывов, позаботиться о возможно тщательном соединении их краев, что может быть сделано или путем непосредственного прикладывания их друг к другу руками, или путем давления снаружи.

Оперативное вмешательство после опорожнения разорванной матки может быть также или более радикальным, или более консервативным. Первое заключается в экстирпации (resp. надвлагалищной ампутации) разорванной матки или чрез рукав, или per abdomen, второе — в зашивании разрыва с сохранением органа. Следует предпочесть тот или другой способ, — это зависит от особенностей каждого данного случая, а именно, от величины разрыва, степени разможнения маточных тканей и вообще обезображивания матки, общего состояния больной, ее возраста, желания или нежелания иметь детей и пр. То же самое следует сказать и относительно выбора между оперативным и неоперативным лечением маточных разрывов. Статистические данные свидетельствуют, что результаты того и другого способа лечения являются приблизительно одинаковыми. Выбирая между оперативным и неоперативным лечением, врач должен, кроме особенностей данного случая, принимать в расчет также окружающую обстановку и вообще внешние условия, в которых находится больная.

При выборе способа лечения больных с разрывами матки надо также иметь в виду, что больные эти даже и без всякого лечения могут выздороветь, притом выздороветь вполне — так, что у них сохранится даже способность деторождения.

Обыкновенно раз перенесшие разрыв женщины сохраняют известное предрасположение к разрывам матки и впредь, за что говорят случаи повторных разрывов этого органа у рожениц. *Миринова* собрала из литературы сведения о 28 случаях подобного рода, среди которых в 2 имело место трехкратное повторение разрыва, а в 1 — 4-кратное. Однако бывают и такие случаи, когда у женщин, перенесших разрыв матки, следующие беременности и роды протекают вполне благополучно; в русской литературе подобные случаи были, напр., описаны *Строгановым*. Очевидно, здесь все зависит от того, как заживет разрыв.

Если после разрыва матки плод выйдет в брюшную полость, то об извлечении его *per vias naturales*, конечно, не может быть и речи, — тогда остается сделать чревосечение, извлечь ребенка, а матку или экстирпировать (*resp.* ампутировать), или оставить *in situ*, зашив разрыв. В противном случае судьба матери и ребенка будет почти такова же, какова бывает судьба матери и плода после разрывов плодместилища при внематочной беременности в поздних стадиях ее развития.

От разрывов тела матки надо отличать узурь или протирания маточных или рукавных стенок с образованием свищей или рубцов. Выше уже говорилось, что при узких, особенно же плоских, тазах, после того как головка долго простоит в тазовом входе, прижимая мягкие части полового канала, а также соседние с ними отрезки кишечного и мочевого каналов к костям таза, — в прижатых частях развиваются ишемия и некроз. В дальнейшем омертвевшие части или отпадают, причем получаются свищи, или замещаются рубцовой тканью. Распознать грозящую роженице опасность образования свища иногда так же легко, как и распознать угрожающий разрыв матки. Для этого надо опять-таки принимать во внимание, с одной стороны, данные анамнеза, указывающие на длительное течение родов, с другой — данные объективного исследования, позволяющие констатировать наличие узкого таза, лихорадочную t° , гематурию и пр. Если перечисленные признаки имеются налицо, то надо поскорее извлечь ребенка, причем для этого нет необходимости непременно прибегать к крани-

отомии, а можно сделать это. напр., и с помощью щипцов, — если, конечно, ребенок жив. Опыт показывает, что кратковременное, хотя и очень сильное, прижатие мягких частей, имеющее место при извлечении ребенка щипцами, приносит гораздо меньше вреда, чем длительное, хотя и более слабое, прижатие при естественном течении родов. Когда таким образом мягкие части будут освобождены от сдавления, для предотвращения образования мочевого свища надо держать родильницу в постели с постоянным катетером.

Сутушин. К диагн. разрывов матки в родах. М. В. 1882. — *Дубенский.* Мат. к этиологии произв. разрывов матки во вр. бер. и родов. Дисс. СПб. 1884. — *Алексенко.* К этиол. произв. разрывов матки во вр. родов. Ж. А. 1890. — *Бекман.* К этиол. разрывов матки. Ж. А. 1892. — *Вастен.* К вопр. о лечении полн. разрывов матки во время родов. Б. Г. 1894. — *Холмогоров.* К вопр. о лечении полн. разрывов матки. V Пир. С. — *Ануфриев.* Разрывы матки и исход их в завис. от характера акуш. помощи. Ежен. 1894. — *Сергеев.* О прободящих разрывах влагалища и матки во вр. родов. Хир. Лет. 1895. — *Давыдов.* К вопр. об изменении эластич. ткани матки при самопр. разрывах ее во вр. родов и беременности. Дисс. СПб. 1895. — *Попов.* К этиологии и опер. лечению полных произв. разрывов матки во вр. родов. СПб. 1899. — *Строганов.* Течение беременности и родов у женщины, перенесшей полный разрыв матки. Отч. Вр. 1900. — *Александров.* Обзор лечения при разрывах матки во вр. родов и пр. Вр. 1900. — *Попов.* Распознавание и неопер. лечение полных разрывов матки во вр. родов. Вр. 1901. — *Орлов.* О разрывах матки во вр. родов и их лечении. Вр. 1901. — *Поленов.* К вопр. об этиологии самопр. разрывов матки. Ж. А. 1902. — *Строганов.* Новый сл. родов у женщины, перенесшей ранее разрыв матки. Пр. В. 1902. — *Успенский.* О хир. лечении разрывов матки во вр. родов. М. Об. 1902. — *Иванов.* К вопр. о разрывах матки. I С. Р. А. — *Стоянов.* О разрывах матки. I С. Р. А. — *Иванов.* Стат. и этиология разрывов матки во вр. родов по мат. Моск. Род. З. за 25 лет. Отч. Вр. Г. 1903. — *Сливинский.* О вентроскопии при разрывах матки. Отч. Р. Вр. 1903. — *Никонов.* К вопр. о лечении разрывов матки. Р. Вр. 1904. — *Иванов.* К вопр. об этиол., проф. и лечении разрывов матки во вр. родов. М. 1904. — *Груздев.* К уч. о причинах самопр. разрывов матки. Ж. А. 1905. — *Ледомский.* К вопр. о пат. и тер. разрывов матки. Ж. А. 1909. — *Прозоровский.* Сл. разрыва а. uterinae при родах двойнями без разрыва матки. Отч.

Вр. Г. 1910. — *Марков*. К вопр. о разрывах матки. Ж. А. 1910. — *Сицинский*. Освещение полости послерод. матки. Отч. Р. Вр. 1910. — *Вербов*. О самопр. разрыве матки при затыжн. родах и об отсутствии при этом сл. механики. Ж. А. 1911. — *Миронова*. К вопр. о повт. разр. матки во вр. родов. Р. Вр. 1913. — *Кушталов*. О самоизлечении при полн. разрыве матки. Ж. А. 1913. — *Коротков*. К вопр. о полных осложн. разрывах матки. Ж. А. 1915. — *Бекман*. О конс.-хир. лечении послерод. подбр. гематом и неполн. разрывов матки. Ж. А. 1916.

Казуистика разрывов матки при родах: *Никольский*, Др. З., 1845; *Крассовский*, В. М. Ж., 1853; *Марконет*, М. М. Г., 1864; *Покрышкин*, Пр. О. Вр. Вост. С., 1877-8; *Гринев*, М. В., 1879; *Толочинов*, Киев. Ун. Изв., 1879; *Чернова-Попова*, Вр., 1881; *Ермолаев*, Ежен., 1881; *Оленин*, Пр. Тамб. М. О., 1882; *Янпольский*, М. В., 1882; *Соколов*, Вр., 1883; *Видеман*, Вр., 1886; *Михельсон* и *Лукин*, Пр. О. М. В. в Кр., 1886-7; *Крузенитерн*, Н. Бес., 1887; *Вяземский*, Ж. А., 1889; *Воскресенский*, Тр. О. Черн. В., 1889-90; *Какушкин*, Ж. А., 1890; *Талько-Грынцевич*, Мед., 1890; *Александров*, Тр. О. Р. В. в М., 1891; *Вастен*, Ж. А., 1892; *Яхонтов*, Пр. Киев. А. О., 1892; *Барциковский*, Ю. М. Г., 1892; *Яковлев*, Б. Г., 1893; *Выподский*, Пр. Вил. М. О., 1893; *Земауцкий*, Э. Вр., 1893; *Петров*, Пр. Физ.-М. О. в Сар., 1893-94; *Кочетков*, Ежен., 1894; *Тупяков*, М. Об., 1894; *Брусилловский*, Пр. Ставро. М. О., 1894; *Ахшарумов*, Сб. Тр. Вр. СПб. Р. З., 1894; *Красковский* и *Писемский*, Тр. Киев. А. О., 1894; *Виридарский*, Ж. А. 1894; *Гржибовский*, Пр. Киев. А. О., 1894; *Горохов*, Хир. Лет., 1895; *Грауэрман*, Вр. З., 1895; *Рахманов*, М. Об., 1895; *Горбатовский*, Пр. Морш. М. О., 1896; *Рейн*, Пр. Киев. А. О., 1896; *Заринский*, Вр., 1897; *Абуладзе*, Ж. А., 1898; *Рубинский*, Вр., 1898; *Юцевич*, Вр., 1898; *Иванов*, отч. Вр., 1898; *Строганов*, Ж. А., 1899; *Штраух*, Вр. Зап., 1899; *Александров*, Вр. З., 1899; *Захарьевский*, Вр., 1899; *Акацатов*, Ж. А., 1899; *Боданов*, там же; *Поленов*, Пр. О. Мор. В. в Кр., 1899-1900; *Иванов*, Тр. О. Киев. В., V; *Кривский*, Ж. А., 1901; *Горохов*, Вр. Г., 1902; *Славчев*, I С. Р. А.; *Байков*, Пр. В., 1903; *Баранов*, там же; *Ушков*, отч. Р. Вр., 1904; *Паперн*, Вр. Г., 1904; *Беляев*, отч. Р. Вр., 1907; *Мисевич*, там же; *Собестианский*, Тр. Кавк. М. О., 1908; *Орлов*, Ж. А., 1908; *Калмыков* и *Кейзеров*, Ж. А., 1909; *Белоручев*, там же; *Сазонов*, М. Об., 1910; *Корде*, отч. Вр. Г., 1910; *Анисимов*, Ж. А., 1911; *Гусев*, Р. Вр., 1911; *Петропавловский*, Вр. Г., 1913; *Утробин*, Ж. А., 1913; *Хворов*, Сиб. В., 1914; *Бронникова*, Ж. А., 1914; *Потеенко*, Ж. А., 1915.

Разрывы маточной шейки. Гораздо чаще, чем тело матки, подвергается повреждению у рожениц маточная шейка. Среди разрывов последней можно различать две категории: разрывы верхней части шейки, или, еще точнее, такие разрывы, при которых шейка рвется по направлению сверху вниз, и разрывы (*resp.* надрывы) влагалищной части, начинающиеся с краев наружного зева. Первые представляют собою обыкновенно продолжение разрывов тела матки. Мы уже видели, что некоторые авторы даже в большинстве разрывов тела матки видят в сущности разрывы надвлагалищной части шейки. Поэтому относительно этиологии, распознавания и лечения их придется повторить то же самое, что выше было сказано относительно разрывов маточного тела.

Что касается разрывов влагалищной части или наружного зева, то они должны быть выделены в особую группу хотя бы по тому одному, что встречаются весьма часто. Можно сказать, что в большей или меньшей степени подобные разрывы имеют место у каждой первороженицы; именно благодаря этому то обстоятельству форма наружного зева у рожавших женщин и отличается от формы зева, свойственной женщинам нерожавшим.

В громадном большинстве случаев надрывы эти, обычно располагающиеся по бокам наружного зева, бывают невелики

и не влекут за собою серьезных последствий. Иногда, однако, разрывы данной категории достигают значительной степени, в некоторых случаях захватывая *p. vaginalis* во всю ее длину и даже распространяясь на своды рукава. Это бывает или тогда, когда головка плода прорезывается чересчур быстро, или когда производится извлечение плода при не

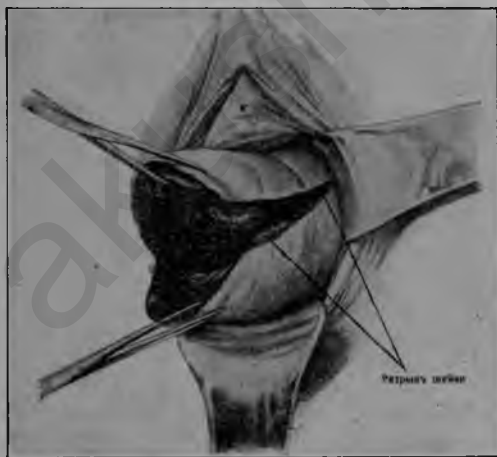


Рис. 555. Значительный разрыв шейки (влагалищной части и свода) при родах (по Витт'у).

вполне раскрытом зеве; к подобным глубоким надрывам предрасполагают, далее, — ригидность тканей шейки, наблюдающаяся у пожилых перворожениц, хронические воспалительные процессы в шейке, поражение шейки новообразованиями (напр., раком) и пр.

Глубокие надрывы влагалищной части шейки у рожениц не лишены довольно серьезного практического значения. Прежде всего они могут повести к обильным, даже угрожающим жизни кровотечениям. Если, затем, подобный надрыв будет инфицирован, то это может повести к развитию параметрита, причем, если разрыв распространяется на один из боковых сводов рукава, то инфекция непосредственно чрез него может попасть из рукава в параметральную клетчатку. После заживления таких разрывов в сводах остаются рубцы, обуславливающие неправильное положение матки (*lateroversio*). Далее, — и это, пожалуй, самое главное, — после глубоких надрывов остается стойкое зияние наружного зева, последствием которого бывает развитие хронического эндометрита. Как уже говорилось выше, цервикальный канал у женщины обыкновенно бывает закупорен тягучим секретом цервикальных желез, образующим слизистую пробку, которая препятствует проникновению микробов из рукава в полость матки; если наружный зев разорван, то пробка эта не может держаться в цервикальном канале, являющиеся обычными жителями рукава микробы получают свободный доступ в полость тела матки и поддерживают хронический воспалительный процесс в маточной мукозе. Наконец, при значительных разрывах наружного зева неизбежно происходит т. наз. *ectropion*, выворот слизистой оболочки цервикального канала, который, по современным взглядам, играет важную этиологическую роль в возникновении рака шейки.

В виду всего сказанного врач - акушер после каждого родов должен убедиться, не произошло ли у роженицы значительного разрыва шейки, и, если таковой оказался, должен зашить его. Последнее выполнить очень легко, так как послеродовую матку можно без труда низвести настолько, что влагалищная часть ее будет находиться вне половой щели. Если же значительный разрыв шейки тотчас после родов будет просмотрен, и его откроют впоследствии, то и такой старый разрыв должен быть устранен, что производится

гинекологами при помощи т. наз. операции *Emmet'*а или трахелопластики.

Кроме обыкновенных линейных надрывов наружного зева различными авторами описаны другие формы травматического повреждения маточной шейки и в частности влагалищной ее части при родах. Так, *Бурков*, *Лециус*, *Меркульев* и др. описали круговые отрывы влагалищной части, особенно после щипцов, *Живописцев* наблюдал центральный разрыв передней губы р. vaginalis, *Кривский* — отрыв куска шейки и пр.

Красовский. Три сл. разрыва мат. шейки во вр. родов. Др. З. 1852. — *Живописцев*. Центральный разрыв пер. губы и пр. Тр. О. Р. В. в М. 1885. — *Львов*. Сл. гематомы маточной шейки. М. В. 1885. — *Бурков*. Сл. кругового разрыва вл. части матки. Р. Мед. 1888. — *Лециус*. К каз. круг. отрыва влаг. части во вр. родов. Ж. А. 1892. — *Кривский*. Сл. лобного (лицевого?) положения, осложн. отрывом куска шейки. Отч. СПб. Род. З. 1898-1900. — *Меркульев*. Два сл. кругового отрыва влаг. части во вр. родов. Ж. А. 1903. — *Монин*. Сл. циркулярного отрыва матки во вр. родов. Тр. Кавк. М. О. 1908. — *Ильин*. Преп. шейки матки, оторванной во вр. родов. Отч. Вр. Г. 1916.

Разрывы рукава. Среди разрывов рукава при родах, как и среди разрывов шейки, можно различать также две категории: разрывы верхних частей рукава и разрывы нижних отделов последнего. Что касается первых, то относительно их в общем можно сказать то же самое, что выше было сказано о разрывах матки, — тем более, что повреждения этого рода нередко представляют собою продолжение соответствующих повреждений маточной стенки; разрывы же нижних частей влагалища обычно комбинируются с аналогичными нарушениями целостности промежности, и к ним будет относиться все, что ниже будет сказано о разрывах промежности и вообще окружности половой щели.

Гугенбергер в свое время впервые обратил внимание акушеров на разрывы влагалищных сводов или, точнее, отрывы рукава от матки, которым он дал название *kolparorrhexis*. Встречаясь значительно реже разрывов матки, — *Щеткин* в 1891 году мог собрать из литературы лишь 80 случаев подобного рода, а по *Белюсову* к 1910 году было описано в

печати около сотни их, — разрывы эти и в этиологическом отношении, и по своему клиническому течению, и в отношении прогностики, не говоря уже об анатомической стороне дела, отличаются от этих последних. По *Львову* главной и единственной предрасполагающей причиной их следует считать патологическое состояние стенок рукава, вызванное предыдущими родами или какими-либо, бывшими ранее, болезненными процессами, непосредственно же вызвать их может все, что нарушает правильное течение родов при растягивании сводов. *Щеткин* в числе этиологических моментов, играющих роль в происхождении данного повреждения, особенно отмечает отвислый живот и неправильные положения матки.

Как и разрывы матки, разрывы (resp. отрывы) сводов могут возникать или самопроизвольно, или насильственным образом, причем первое случается значительно чаще второго. Из 80 случаев *Щеткина* в 51 отрыв произошел до применения какого-либо оперативного вмешательства, т. е. самопроизвольно. Такие самопроизвольные отрывы сводов особенно часто, по-видимому, возникают на почве запущенных поперечных положений. Некоторые авторы склонны даже думать, что на этой почве всегда развиваются не разрывы матки, а именно отрывы рукава в области сводов. Насильственно *kolparorrhexis* может возникать под влиянием различных оперативных приемов, сопряженных с механическим воздействием на стенки полового канала. Среди собранных *Щеткиным* случаев в 13 отрывы произошли при щипцах, в 5. — при повороте и экстракции плода за тазовый конец; далее, *Верниц* описал случай, где разрыв свода произошел при попытках заправить выпавшую ручку, и т. п.

В отношении клинического течения *Львов*, кроме признаков свойственных и разрыву матки (быстрая остановка родовых болей, кровотечение из половых путей, явления раздражения брюшины), отмечает: отсутствие контракционного кольца, отсутствие судорожных схваток и наступление разрыва вне связи с родовой деятельностью матки. Другие авторы, напр. *Гарин*, заявляют, напротив, что клиническая картина данного повреждения не представляет ничего характерного. Локализируются разрывы сводов чаще в заднем своде, хотя и раз-

рывы переднего не составляют редкости (в материале *Щеткина* в 8 случаях отрыв охватывал все своды, в 36 имел место отрыв заднего свода, в 24 — переднего, в 6 — левого и в 2 — правого). Распознаются отрывы обычно путем непосредственного ощупывания чрез рукав. Прогностика этих повреждений считается худшей, чем прогностика разрывов матки, так как здесь значительнее бывает опасность инфекции брюшины; в случаях *Щеткина* смертность матерей достигала 67,5%. Что касается, наконец, терапии, то и здесь, как при разрывах матки, в зависимости от особенностей каждого данного случая, можно прибегать или к оперативному вмешательству, или к тампонации.

Гуленбергер. Об отрыве влагалища во вр. родов. Отч. Моск. Род. З. 1876. — *Сыромятников.* Сл. разрыва мат. шейки и надрыва свода рукава с прав. стороны во вр. родов. Тр. М. Физ.-Мед. О. 1879. — *Верниц.* Сл. разрыва свода влагалища при подавании ак. помощи фельдшером. Пр. Динаб. М. О. 1882-3. — *Еськов.* К уч. о разрывах влаг. свода во вр. родов. Р. Мед. 1885. — *Веселицкий.* Сл. неп. отрыва матки от пер.-прав. свода с омертвением лев. стенки влагалища. Дн. О. В. при Каз. Ун 1886. — *Гарин.* О разрывах свода влагалища во вр. родов. Вр. 1890. — *Щеткин.* О проник. разрывах сводов влагалища у рожениц. Ж. А. 1891. — *Львов.* К уч. об этиологии и терапии проник. разрывов сводов рукава у рожениц. Вр. 1891. — *Верлянд.* К каз. разрывов рук. сводов во вр. родов. Пр. О. Мин. В. 1893-4. — *Тотеш.* Сл. отрыва сводов влагалища во вр. родов. Вр. 1896. — *Порошин.* К вопр. о проник. разрывах сводов влагалища во вр. родов. Вр. 1899. — *Меркулов.* Отрыв пер. свода во вр. родов и пр. Вр. 1899. — *Бржезинский.* К каз. отрывов влагалища от матки во вр. родов с выходом плода в бр. полость. Вр. 1899. — *Белиц-Гейман.* К каз. проник. разрывов сводов при родах. Вр. 1900. — *Михайлов.* Сл. разрыва пер. свода влаг. во вр. родов. Тр. О. В. Рост. и Нах. 1900-1. — *Подгорецкий.* Сл. colporrhæxis. Отч. Р. Вр. 1905. — *Белюсов.* К каз. colporrhæxis'a во вр. родов. Отч. Р. Вр. 1910. — *Кутовой.* Сл. отрыва задн. свода и пр. Р. Вр. 1912. — *Брюно.* Сл. разрыва sub partu пер. влаг. свода. Отч. Вр. Г. 1913.

Разрывы половой щели (промежности). Среди поврежденных мягких частей родового канала у рожениц разрывы половой щели по частоте бесспорно стоят на первом плане, причем

наиболее часто рвется самый задний (нижний) отдел вульварного кольца, промежность.

По данным *Михайлова* разрывы промежности имеют место в 6,36 % всех родов. Есть, однако, основания думать, что de facto повреждения промежности при родах встречаются еще чаще, но только во многих случаях дело ограничивается разрывами мышечно-фасциальной толщи промежности, кожные же покровы ее, обладающие большей эластичностью, остаются в целости. По мнению *Губарева*, очень вероятно даже, что роды всегда сопровождаются повреждениями фасций тазового дна и хотя некоторых волокон levator'a ani.

Какие этиологические моменты способствуют разрывам промежности, — об этом уже говорилось в своем месте. Несомненно, здесь имеют значение анатомические особенности тканей окружности половой щели вообще и промежности в частности: не растянутые ранее ткани перворожениц рвутся легче, чем растянутые ткани повторных рожениц; ригидные ткани пожилых перворожениц рвутся легче, чем эластические ткани молодых женщин; повидимому, легче рвутся и богатые жиром ткани у тучных особ; ткани, рубцово измененные под влиянием бывших раньше язвенных процессов и пр., рвутся легче, чем совершенно здоровые. К анатомическим особенностям, способствующим разрывам промежности, относят также узость лонной дуги; напротив, высота промежности, по *Мандельбергу*, в данном отношении значения не имеет. Помимо анатомических особенностей, огромную роль играет здесь способ прорезывания головки. Быстрое прорезывание чаще ведет к разрывам, чем медленное; *Флоринский* прямыми опытами доказал, что при быстром растяжении всякая ткань рвется легче, чем при медленном. Далее, если головка прорезывается большей окружностью (при передне-теменных, лицевых и лобных предлежаниях), то промежность имеет меньше шансов сохраниться, чем при прорезывании меньшей окружностью (при затылочных предлежаниях). Неблагоприятным для сохранения промежности является также прорезывание головки в косом или поперечном размере.

По *Михайлову*, разрывы промежности у перворожениц наблюдаются в 9 раз чаще, чем при повторных родах.

В громадном большинстве случаев промежность начинает рваться с задней спайки, откуда разрыв распространяется потом по направлению к заднепроходному отверстию. Лишь в сравнительно редких случаях промежность начинает рваться с центра, причем иногда здесь образуется отверстие, через



Рис. 556

Центральный разрыв промежности (по Славянской).

Разрыв изображен в том виде, в каком он представляется несколько дней спустя после родов. Во время родов через него прошло тело ребенка. Существовавшая в этом случае девственная плева с 2 отверстиями (путем Eifenstratus) осталась неповрежденною и после coitus'a, и после родов.

которое проходит тело ребенка, между тем как и задняя спайка, и окружность заднепроходного отверстия остаются целыми, — т. наз. центральный разрыв промежности. Еще реже бывает, что разрывается лишь задняя часть промежности с заднепроходным отверстием (как то было, напр., в случае, описанном *Ландом*), или даже рвется septum recto-vaginale (как это описано *Порошиным*).

По *Таранову* центральные разрывы промежности наблюдаются 1 раз на 2500 родов, по *Федорову* они составляют 1,7% всех разрывов промежности, а по *Михайлову* — лишь 0,5%. *Мандельберг* видит причину их в слабости тазовой мускулатуры, *Федоров* приписывает главную роль в их происхождении высоте промежности, слабости мышечно-апоневротической толщи ее и недостаточной растяжимости вульварного кольца, *Таранов* же отмечает среди причин, способствующих их возникновению, со стороны матери — недостаточное наклонение таза, значительную высоту симфиза, узкость лонной дуги, высоту и плотность промежности,

узкость и неподатливость половой щели, чрезмерную плотность гимена, сильные и частые родовые потуги, а со стороны плода — незначительность размеров головки. В дополнение к этим указаниям следует упомянуть о наблюдениях *Мандельберга*, что до начала врезывания головки наибольшему растяжению подвергается середина промежности, во время же врезывания *maximum* растяжения приходится на верхнюю часть последней.

При обыкновенных разрывах промежности иногда в разрыв вовлекается и окружность заднепроходного отверстия с наружной запирающей мышцей (*m. sphincter ani externus*) — полные разрывы; в громадном большинстве случаев, однако,



Рис. 557. Полный разрыв промежности (по *Hammerschlag*'у).



Рис. 558. Неполный разрыв промежности (по *Hammerschlag*'у).

нижний конец разрыва не доходит до заднего прохода — неполные разрывы промежности. Среди последних различают в свою очередь две степени: при первой степени нарушение целости ограничивается лишь задней спайкой или покровами промежности с одной стороны, стенкою рукава — с другой,

при второй же степени разрыв захватывает и мышечно-апоневротическую основу промежности.

По *Михайлову* на долю полных разрывов приходится не более 1 % общего числа разрывов промежности.

Начинаясь более или менее высоко на задней стенке рукава, обыкновенный разрыв промежности через заднюю спайку переходит затем на кожу промежности, имея в общем сагиттальное направление и располагаясь по близости медиальной линии. Такой ход разрыва совершенно соответствует данным измерений *Мандельберга*, согласно которым промежность во время родов растягивается более в поперечном, чем в продольном направлении (*Баскин* пришел к противоположным результатам), причем наибольшее растяжение имеет место по медиальной линии. Нельзя, однако, думать, чтобы ход разрыва строго совпадал со средней линией тела: уже и в области собственно-промежности линия разрыва обычно лежит экстрamedially, по ту или другую сторону от *raphe perines*, а стенка рукава рвется еще более экстрamedially, лежащая же посредине *columna prigratum posterior* остается обыкновенно неповрежденною. Обстоятельство это важно иметь в виду при оперативном восстановлении целости рукава и промежности.

Высокое клиническое значение разрывов промежности не подлежит сомнению. Не говорим уже о полных разрывах, при которых недержание кала и газов делает женщину нетерпимой в обществе, — даже и неполные разрывы, особенно второй степени, впоследствии крайне неблагоприятно отражаются на здоровье женщины: вследствие нарушения целости мышечно-фасциальной основы тазового дна при них неизбежно нарушается нормальный механический *status* всех брюшных органов; лишенные нормальной поддержки, последние смещаются — или опускаются (органы брюшной полости), или даже выпадают (органы малого таза), что ведет к глубоким нарушениям их функций и целому ряду разнообразных расстройств. Отсюда необходимость как профилактических, так и лечебных мер против нарушений целости промежности.

Наилучшею профилактическою мерою против разрывов промежности большинством акушеров считается рациональное

поддерживание промежности, принципы и техника которого были нами изложены в отделе физиологии родового акта.

Не все, однако, представители современного акушерства разделяют этот взгляд на значение поддерживания промежности. *Отт* давно уже указал, что слишком форсированное поддерживание промежности приносит больше вреда, чем пользы, ибо результатом его является лишь мнимое сохранение промежности, — кожные покровы ее остаются целыми, а мышечно-апоневротическая основа оказывается поврежденной, и потому тазовое дно — неспособным выполнять свои функции. Чтобы сохранить тазовое дно, *Отт*, *Ахшарумов*, *Ильин* и др. рекомендуют при родах *larga manu* производить профилактическую перинеотомию по *garhe perinei*, зашивая, конечно, по окончании родов, сделанный разрез. *Ильин* прямо заявляет, что подкожные разрывы мышц промежности и тазового дна или повреждения их наблюдаются почти во всех случаях родов, и что единственно верное средство против них — перинеотомия.

С подобной квалификацией поддерживания промежности — с одной стороны, перинеотомии — с другой вряд ли можно без оговорок согласиться. Что при поддерживании промежности уже одна задержка чересчур быстрого поступательного движения головки может спасти не покровы, а именно мышечно-фасциальную толщу промежности, — это не подлежит сомнению. С другой стороны относительно перинеотомии надо иметь в виду, что, как ни как, роды есть акт физио-



Рис. 559. Профилактическая перинеотомия при родах (по Отту).

логический, и существует большой процент женщин, у которых, несмотря на многократные роды, не наблюдается ни разрывов промежности, ни расслабления тазового дна, ни явлений опущения и выпадения брюшных внутренностей. Если это так, то, применяя профилактическую перинеотомию без разбора, мы, несомненно, в большом числе случаев будем производить ее без всякой нужды. Очевидно, если она и должна быть применяема, то, подобно всем другим операциям, лишь в определенном круге случаев, — там именно, где анатомические условия заставляют думать, что роды не обойдутся без разрыва промежности (наружного или внутреннего). К сожалению, точно определить этот круг, точно установить показания к профилактической перинеотомии — дело не так-то легкое.

Является вопросом, далее, и то, — в случаях, где профилактическое рассечение окружности вульварного кольца по-

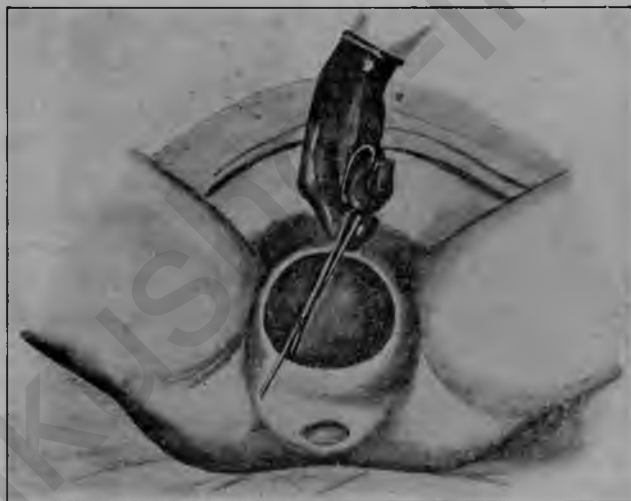


Рис. 560. Боковой надрез вульварного кольца при родах (по Hammerschlag'y).

казано, следует ли производить его в форме срединной перинеотомии, разреза по *rharhe perinei*, или в виде боковых надрезов с одной или обеих сторон. Наблюдения показывают, что, если целостность вульварного кольца уже нарушена надрезом,

то под напором со стороны прорезывающейся головки надрезанные ткани рвутся гораздо легче, чем не надрезанные. Если разрыв явится продолжением срединного разреза, то от него как раз может пострадать прямая кишка, тогда как при разрывах, являющихся продолжениями боковых разрезов, она останется целою.

Что касается терапии уже происшедших разрывов промежности, то конечно, она должна заключаться в зашивании их. Зашивать разрывы лучше немедленно по окончании родов. Само собою разумеется, производить эту операцию надо при строгом соблюдении правил асептики. Кроме того, при ней надо заботиться о тщательном соединении именно соответствующих участков разорванных тканей — так, чтобы результатом операции было полное восстановление нормальных анатомических отношений. В интересах сохранения функций тазового дна особенное внимание следует обращать на соединение разорванных пучков мышцы, поднимающей задний проход (*myorrhaphia m. levatoris ani*). Технически лучше всего производить зашивание разорванной промежности при помощи погружных узловатых швов из кэтгута, а кожу промежности соединять скобками *Michel'*я.

Некоторые авторы, как *Чернов*, указывают, что границы разрыва промежности у родильниц точно обрисовываются лишь к 3-му дню после родов, когда исчезнет отек тканей, почему и зашивание разрывов советуют откладывать до 2-го—7-го дня (*perineorrhaphia intermedia*). Большинство, однако, предпочитает, — и вполне основательно, — не откладывать восстановления целостности разорванной промежности у рожениц.

Если зашитый тотчас после родов разрыв промежности не сросется, или если родильница с незашитым разрывом промежности попадет в руки врача, спустя несколько дней после родов, то следует освежить его поверхность острой ложечкой или ножницами и вновь наложить швы, причем не требуется ни общего наркоза, ни даже местной анестезии.

Родильница с зашитым разрывом промежности остается обыкновенно в постели дней 7—8, со связанными ногами, в положении на спине, а затем она может поворачиваться,

садиться в постели и, наконец, вставать. Скобки *Michel'*я обычно снимаются день на 6-й. Некоторые из современных акушеров, впрочем, находят столь продолжительное пребывание родильниц с зашитыми разрывами в постели не только излишним, но и вредным, — по *Непомуцкому*, напр., лучшие результаты, в смысле сращения зашитых разрывов, получаются, если родильница встает с постели уже начиная с 3-го дня.

Так как во время прорезывания головки наибольшему напору с ее стороны — и, стало быть, наибольшему растяжению — подвергается задняя (*resp.* нижняя) часть вульварного кольца, то естественно, что именно здесь большею частью и возникают разрывы. Реже последние наблюдаются по соседству с клитором и вообще в передней (*resp.* верхней) части половой щели. В виду богатства этой части кровеносными сосудами подобные разрывы нередко дают сильное кровотечение, которое удается остановить лишь обкалыванием и прижатием. Еще реже описываются такие повреждения нижнего отдела полового канала при родах, как отрывы девственной плевы (*сл. Массена*) и т. п.

Хотовицкий. Ruptura perineæ parturientium. В.-М. Ж. 1838. — *Берковский*. Неск. слов о наложении шва при разрывах промежности. М. М. Г. 1858. — *Севрук*. Разрыв промежности. Др. 3. 1859. — *Крассовский*. О предохран. спос. лечения разрывов пром. во вр. акта родов помощью надрезов. В.-М. Ж. 1859. — *Флоринский*. О разрывах пром. во вр. родов. Дисс. СПб. 1861. — *Лазаревич*. О предупреждении разрывов промежности и пр. М. М. Г. 1872. — *Русаковский*. К вопросу о происходящих во вр. родов кровотечениях из разрывов нар. пол. частей. М. В. 1878. — *Баскин*. Клинич. наблюдения над разрывами пром. Дисс. СПб. 1881. — *Толочин*. Центр. разрыв пром. Вр. 1882. — *Сочава*. Неск. интер. случаев из гинекол. и акуш. практики. Вр. 1883. — *Личкус*. О центр. разрывах пром. при родах. Вр. 1884. — *Личкус*. К каз. повреждений передней спайки нар. пол. сферы при родах. Вр. 1884. — *Славянский*. Разрыв пром. и его лечение. Р. Мед. 1886. — *Славянская-Гренстранд*. Берем. и роды при целом гимене, центр. разрыв промежности. Ж. А. 1887. — *Таранов*. К уч. о центр. разрывах промежности. Мед. 1892. — *Марьянич*. О разрыве пром. и о способах его предотвращения. Вр. 1893. — *Массен*. Сл. отрыва д. плевы во вр. родов. Ж. А. 1893. — *Воскресенский*. О зашивании разрывов пром. Сб. Слав. 1894. — *Сицинский*. К каз. центр. разрыва промеж-

ности. Ж. А. 1895. — *Кан.* Partus per rupturam perinei centralem. Пр. Вил. М. О. 1895. — *Отт.* О ложном консерватизме в деле сохранения пром. при родах и пр. Докл. СПб. А. О. 1895. — *Мандельберг.* О растяжении пром. в разл. ее отделах при норм. родах. Ж. А. 1896. — *Ахшарумов.* О разрезе пром. при родах. Ежен. 1896. — *Михнов.* Сл. центр. разрыва пром. Вр. 1897. — *Иссерсон.* К каз. центр. разрывов пром. Пр. Бел. М. О. 1897—1900. — *Холмогоров.* Вторичный шов промежности. Вр. 1898. — *Губарев.* О таз. дне и промежности. Ж. А. 1898. — *Виленский.* Вторичн. реставрация пром. и пр. кишки на 9-й день после кефалотрипсии. Тер. В. 1898. — *Матвеев.* К вопр. о втор. зашивании промежности в теч. послерод. периода. Тр. М. А. О. 1898. — *Массен.* К вопр. о нарушении целости бр. стенки и таз. дна у родивших. Ак. вопр. дня. СПб. 1899. — *Буткевич.* Тер. и фарм. заметки из земск. практики. Совр. Т. 1899. — *Бонштедт.* О perineorrhaphia secundaria в послерод. периоде. Ж. А. 1902. — *Порошин.* Сл. разрыва прямокиш.-влаж. перегородки при родах. Вр. Г. 1903. — *Абуладзе.* К вопр. о поздних зашиваниях разрывов пром. в послерод. периоде. Пр. Киев. А. О. Вып. 26. — *Орбант.* Восстановление пром. в послерод. периоде. Вр. Г. 1904. — *Мандельберг.* О предупр. срединном рассечении пром. во вр. родов. Дисс. СПб. 1905. — *Семянников.* Два сл. центр. разрыва пром. Ж. А. 1906. — *Федоров.* К вопр. о центр. разрывах пром. Пр. В. 1907. — *Чернов.* Опер. лечение свежих разрывов пром. от 2-го до 7-го дня послер. периода. Дисс. СПб. 1907. — *Ильин.* О профил. перинеотомии. III С. Р. А. — *Клейнман.* К вопр. о прим. скобок *Michel'*я при восстан. целости пром. Ж. А. 1909. — *Ланд.* К каз. редкой формы центр. разрыва промежности. Вр. Г. 1909. — *Розенбойм.* К каз. центр. разрыва пром. Вр. Г. 1910. — *Шабад.* Myorrhaphia partis ant. m. levatoris ani. XI. Пир. С. — *Непомуцкий.* О леч. разрывов пром. после родов. Р. Вр. 1911. — *Стрезов.* К вопр. о зашивании свежих послерод. разрывов пром. аграфами *Michel'*я. Р. Вр. 1911. — *Ильин.* Perineotomia mediana и пр. Отч. Ж. А. 1911. — *Шведков.* О влиянии расслабления таз. дна на опущение внутренностей. XI С. Р. Хир. Отч. Р. Вр. 1912. — *Мацевский.* К вопр. о перинеотомии, т. е. сред. рассечении пром. во вр. родов. Ж. А. 1916.

бб) Гэматомы различных отделов полового аппарата.

Гэматомы вульвы и рукава. Кровоизлияния в клетчатку, прилежащую к различным частям женского полового аппарата, с образованием гэматом чаще всего имеют место при родах в наружных половых частях, именно в больших губах, затем —

в около-влагалищной клетчатке, причем нередко гематомы вульвы и рукава комбинируются между собою.

По *Лазаревичу*, *Гуенбергер* наблюдал гематомы вульвы 11 раз на 14000 родов; по *Сазоновой* же 1 случай гематомы вульвы и рукава приходится на 2375 родов; из 85 случаев этого осложнения, собранных *Сазоновой*, в 10 имела место чисто-влагалищная форма и в 16 — вульво-вагинальная. *Холмогоров* имел 6 или 9 случаев гематомы только вульвы на 63232 родов. Наконец, *Ульяновский* определяет частоту гематом вульвы и рукава в 1:2000.

Этиология разбираемого осложнения родов не вполне выяснена. Повидимому, тут играют роль быстрые роды, обильное развитие варикозных узлов, также изменения стенок сосудов на почве заболеваний почек, сердца и пр. Во всяком случае, по *Холмогорову*, гематомы чаще возникают у много-рожавших и притом при произвольных родах. Интересно, что *Львов*, по *Ульяновскому*, наблюдал повторное образование гематомы большой губы у одной и той же женщины при 12 родах.

Клиническая картина гематомы вульвы крайне характерна. Обыкновенно незадолго до рождения ребенка или вскоре после появления его на свет роженица начинает жаловаться на жгучую боль в области той или другой губы. Одновременно с этим последняя на глазах у врача начинает быстро увеличиваться, синеть и мало по малу превращается в об'емистую багровую опухоль, иногда достигающую размеров детской головки. В отдельных случаях кожные покровы на верхушке этой опухоли не выдерживают быстрого растяжения и лопаются. Иногда впрочем рост гематомы совершается более медленно.



Рис. 561. Гематома вульвы у роженицы (по Витт'у).

Влагалищные гематомы уже в силу своего топографического положения дают менее бросающуюся в глаза картину, хотя и здесь образование кровяной опухоли идет таким же порядком, как и в вульве, причем иногда опухоль значительно выпячивается чрез *introitus vaginae*.

Если гематома вульвы или рукава образовалась до рождения ребенка, — а она может возникнуть еще во время беременности, — то, суживая просвет полового канала, она может служить помехою для акта родов. Далее, лопнув, гематома может дать сильное кровотечение. Наконец, в дальнейшем ее содержимое может подвергнуться гнилоственному распадению с последующей интоксикацией организма больной. В виду этого на нее надобно смотреть, как на довольно серьезное осложнение родов; хотя прогностика гематом, установленная *Сазоновой*, — 19 случаев смерти на 85 случаев гематом вульвы и рукава, — и является для настоящего времени слишком мрачною.

В тех случаях, где гематома образовалась до родов и является помехою для прохождения тела плода, врачу-акушеру волей-неволей приходится прибегать к уменьшению ее разрезами (*Лазаревич*). В общем же вскрывать гематомы вскоре после их образования не рекомендуется, а надо ограничиться покойным положением больной и назначением местно холода и умеренного давления (пузырь со льдом при гематомах вульвы, кольпейринтер с ледяной водой при гематомах рукава), впоследствии же применить рассасывающее лечение. Лишь при ихорозном разложении содержимого кровяных опухолей их надо вскрывать, опоражнивать и затем лечить по общим правилам хирургии.

Сазонова. К уч. о гематоме нар. пол. частей и влагалища в теч. род. акта. Р. Мед. 1884. — *Холмогоров*. Гематома влагалища и нар. п. частей. Р. В. 1908. — *Унгер-Брянцева*. Гематома влагалища и нар. пол. частей. Р. Вр. 1913. — *Ульяновский*. К уч. о гематоме нар. пол. органов и влагалища во вр. родов. Ж. А. 1913.

Казуистика гематом вульвы: *Оленин*, Пр. Тамб. М. О., 1883; *Никольский*, М. Об., 1885; *Парагин*, Р. Мед., 1887; *Михайловский*, там же; *Лебедев*, М. Об., 1887; *Алексеев*, Зем. Мед., 1888; *Котлов*, З. Вр., 1889; *Панфилович*, Пр. О. Кал. В., 1889; *Цеханович*, Р. Мед., 1893; *Шевелев*, М. Об., 1894; *Хейфец*, Еж., 1900; *Шайкевич*, отч. Вр. Г., 1914; *Беляев*, Вр. Г. 1915.

Казуистика гематом вульвы и рукава: *Кетлинский*, Вр., 1881; *Львов*, М. Об., 1885; *Бурков*, Р. Мед., 1888; *Какушкин*, Пр. Тамб. М. О., 1888; *Шрайбер*, Ю. М. Г., 1894; *Бакланов*, Совр. Кл., 1895; *Либов*, Вр., 1899.

Гематомы широких связок и подбрюшинной клетчатки.

В клетчатке широких связок и подбрюшинной гематомы при родах возникают гораздо реже, чем в вульве и рукаве. *Бекман* различает среди них первичные и вторичные гематомы, причем первые происходят механически при быстрых родах, вследствие разрыва сосудов, вторые же наблюдаются при небольших разрывах маточной шейки. Одним из главных симптомов их является сильная болезненность соответствующей части живота. Когда гематома достигнет известной величины, она, по *Бекману*, подлежит оперативному лечению.

Бекман. О гематомах шир. связки и подбр. клетчатки. Ж. А. 1914.

б) Повреждения твердых частей родового канала.

Гораздо реже, чем мягкие части, подвергаются во время родов повреждениям твердые части родового канала, т. е. тазовое кольцо, причем повреждения последнего могут встречаться в двух формах, — в виде переломов костей и в виде разрывов тазовых сочленений.

Что касается первых, то почти все случаи этого рода, известные в литературе, относятся к старому времени, в новейшей же медицинской литературе описаний подобных случаев почти не встречается. Переломы тазовых костей имели обыкновенно место у рожениц с патологически измененными, узкими тазами, при чересчур энергичных стараниях акушеров провести чрез суженное тазовое кольцо ребенка или щипцами, или краниокластом и т. п.

Напротив, разрывы сочленений малого таза описываются и в новейшее время. Особенно следует это сказать о разрывах крестцово-подвздошных сочленений, которые участились с тех пор, как в акушерской практике стали применяться симфизеотомия и пубиотомия. И эксперименталь-

ные данные, и клинические наблюдения свидетельствуют, что после этих операций концы раз'единенных лонных костей можно разводить лишь на определенное расстояние; если же, при дальнейшем извлечении ребенка или еще до того, они будут разведены на большее расстояние, — непременно происходит нарушение целостности крестцово-подвздошных сочленений. Вне связи с указанными операциями повреждения тазовых сочленений имеют обычно место в области симфиза.

Разрывы лонного сочленения встречаются не чаще одного раза на 30 000 — 60 000 родов. Павлов, в 1909 г., за 10 лет мог собрать из литературы лишь 23 случая этого рода. Как и разрывы, напр., матки, разрывы симфиза могут быть или самопроизвольными, или насильственными, причем самопроизвольные разрывы наблюдаются почти втрое реже насильственных, среди которых большинство приходится на случаи высоких щипцов. Клиническая картина их очень характерна: обыкновенно в тот момент, когда производится тракция щипцами, раздаётся более или менее отчетливый хруст в области симфиза, роженица начинает чувствовать в этом месте острые боли, усиливающиеся при каждом движении ногами, а при исследовании оказывается, что на месте симфиза образовалась более или менее широкая щель. Окружающие симфиз мягкие части могут при разрыве последнего остаться неповрежденными, но могут также и разорваться. Все это, повторяю, настолько характерно, что в типичных случаях разрыва лонного сочленения поставить правильный диагноз тотчас же после повреждения не составляет труда. Терапия заключается в том, что тазовый пояс у больной туго стягивается бинтами или полотенцами, и пациентка оставляется в постели с неподвижно вытянутыми ногами до тех пор, пока не произойдет сращения лонных костей.

Невсегда, однако, поставить диагноз разрыва лонного сочленения у роженицы дело такое легкое. Многие из видных представителей акушерской науки склонны думать, что повреждения этого рода в первое время часто просматриваются, и вызываемые ими припадки обращают на себя внимание больной и окружающих ее лиц лишь некоторое время спустя.

Кроме того, в нетипичных случаях разрыв симфиза можно смешать еще с одним из двух патологических состояний, локализирующихся в области лонного сочленения, а именно, с патологическим расслаблением симфиза и с воспалением его.

Выше уже было сказано, что лонное сочленение у беременных и в норме подвергается изменениям, сводящимся к набуханию хряща и связок и к пропотеванию жидкости в суставную полость, — изменениям, которые становятся особенно выраженными в последние месяцы беременности, и результатом которых является бóльшая податливость симфиза, бóльшая подвижность концов лонных костей. У громадного большинства беременных это *relâchement articulaire*, как называют его французские авторы, не вызывает никаких припадков, но в отдельных случаях оно сопровождается затруднительностью, даже невозможностью ходьбы, болями в области симфиза и пр., — словом, из состояния физиологического превращается в патологическое. Это патологическое расслабление симфиза, продолжаясь до конца беременности, после родов обычно проходит, но иногда остается и после родов, в отдельных случаях на очень продолжительное время.

Что касается симфизита, то иногда он представляет собою одно из проявлений пуэрперального сепсиса, протекает в гнойной форме и в этом виде является очень нетрудным для распознавания. Но иногда воспаление симфиза, возникающая еще во время беременности под влиянием таких причин, как рахит, сифилис, скрофулез и пр., может не давать столь бурной и ясной для диагноза картины, какая свойственна гнойному симфизиту. Подобный хронически протекающий симфизит, выражающийся болями в области лонного сочленения, хрустом и пр., может подать повод к смешению с разрывом симфиза — тем более, что он нередко усиливается и обостряется под влиянием родовой травмы. Такой именно случай пришлось мне однажды наблюдать в своей практике.

Холмогоров. Разрыв лонного сочленения во вр. родов. Вр. 1897. — *Кушев.* Сл. гнойного воспаления лонного сочл.-М. Об. 1898. — *Холмогоров.* Гн. воспаление лон. соединения. Вр. 1898. — *Груздев.* К каз. повреждений лонного соединения во вр. родов. Тр. XII Гор. Род. П. в СПб. 1899. — *Александров.*

Сл. гнойного разрушения лон. соединения и пр. Ж. А. 1899. — *Кривошеин*. К вопр. о повреждениях лон. соединения во вр. родов. Хир. 1900. — *Судаков*. К уч. о симфизитах. Ж. А. 1906. — *Кривский*. Разрыв лон. соединения во вр. родов. Вр. Г. 1909. — *Павлов*. К вопр. о разрыве симфиза во вр. родов. Вр. Г. 1909. — *Козорезов*. Разрыв лон. соединения во вр. родов. Тр. О. Вр. Рост. и Нах. 1913. — *Дорошенко-Доррер*. К вопр. о гнойных послерод. симфизитах. Ж. А. 1914.

Е. Другие осложнения родов.

В том отделе акушерства, предметом которого служит патология родового акта, рассматриваются обыкновенно и некоторые заболевания как матери, так и новорожденного, которые обнаруживаются тотчас после родов. К числу опаснейших расстройств этого рода, наблюдаемых у матери, относятся т. наз. атонические кровотечения из полового канала.

Атонические кровотечения. Стенка матки в области прикрепления плаценты кровоточит при нормальных условиях лишь до того времени, пока отделение плаценты еще не закончено, и пока последняя остается в полости верхнего сегмента; после этого верхняя часть матки сокращается, сосуды суживаются до полного замыкания их просвета, и кровотечение прекращается. Нередко, однако, матка даже и после того, как детское место покинет ее полость, остается расслабленной, сосуды плацентарной области продолжают зиять и в результате получаются кровотечения, иногда достигающие колоссальных размеров и в отдельных случаях даже ведущие родильницу к смерти от острого малокровия; эти-то кровотечения и носят название атонических.

В очень многих случаях атония опорожненной матки представляет собою продолжение слабой сократительной деятельности этого органа во время родов. Она наблюдается при инфантильной матке, после родов, осложненных многоводием, после родов двойнями, тройнями и пр., при фибромиомах матки, при обильном развитии в маточных стенках волокнистой соединительной ткани в ущерб мышечной, на почве метрита; далее, атония нередко наблюдается после слишком быстрого опорожнения матки, напр., после быстрого извлечения плода щипцами; наконец, ее часто наблюдают после чересчур энергич-

ного и особенно несвоевременного выжимания последа по способу Credé, а также после родов, оконченных под глубоким наркозом, преимущественно хлороформным.

Некоторые акушеры различают общую атонию матки и частичную, ограничивающуюся лишь областью прикрепления плаценты; подобное разделение не имеет, однако, большого практического значения.

Диагностировать атонию матки после родов не трудно уже путем наружного исследования: атоническая матка представляется более об'емистой, чем нормальная, дно ее стоит более или менее высоко над пупком, консистенция отличается мягкостью, контуры с трудом определяются чрез брюшные стенки. В практике атонические кровотечения после родов иногда можно бывает смешать с кровотечениями из разрывов маточной шейки. Для отличительного распознавания лучше всего тем или иным способом вызвать сокращение матки: если при этом кровотечение приостановится, — значит, мы действительно имеем пред собою кровотечение атонического характера; если же, несмотря на сокращенное состояние матки, кровотечение будет продолжаться с прежнею силой, — значит, источником его служит разрыв, который надо найти, сделав шейку доступною зрению при помощи влагалищных зеркал.

Для борьбы с атоническими кровотечениями следует применять средства, вызывающие сокращения маточной мышцы, причем их надо пробовать в определенной последовательности, начиная от самых простых и переходя к более сложным в техническом отношении. Наиболее простым средством, с которого всегда надо начинать, является механическое раздражение матки путем ее массирования чрез брюшные стенки. Попутно нужно позаботиться о выжимании из полости матки кровяных сгустков, буде таковые там имеются. Изливающаяся из зияющих сосудов плацентарного места кровь частью вытекает наружу, частью успевает еще в матке свернуться; если внутренний маточный зев закупорится одним из сгустков или обрывками оболочек, то в матке может произойти значительное скопление свернувшейся крови, растягивающей матку настолько, что дно ее поднимается иногда до самой подложечной впадины;

разумеется, при таком растяжении сосуда плацентарного места начинают еще более зиять, что ведет к поддержанию и усилению кровотечения. Оттого опорожнение матки от наполняющих ее сгустков является *conditio sine qua non* для возможности матке сократиться и кровотечению — остановиться.

Если массаж матки и выжимание из нее сгустков не ведут к желаемой цели, можно попробовать вызвать сокращение матки термическим ее раздражением — проще всего при помощи горячих ($40^{\circ} R.$) влагалищных спринцеваний. Одновременно больной дают внутрь препараты спорыньи, напр., *pulvis secalis cornuti* по 0,5—1,0 на прием, *extractum fluidum secalis cornuti* по 10—20 кап. *pro dosi*, *secacornin Roche* — в такой же дозе и т. п.; еще лучше вводить больной под кожу эрготин, корнутин (0,005), а также питуитрин, питугландол и др. препараты мозгового придатка.

В тех случаях, где перечисленные средства не ведут к цели, можно прибегнуть к внутриматочным приемам, которые уже всегда бывают сопряжены с опасностью занесения инфекции в полость матки. Прежде всего врачу не мешает освидетельствовать рукою маточную полость, чтобы убедиться, не осталось ли там кусков плацентарной ткани, яйцевых оболочек, кровяных сгустков и пр.; если таковые окажутся, то их надо удалить. Затем врач может прибегнуть к горячим ($40^{\circ} R.$) внутриматочным спринцеваниям.

Применение этого средства не лишено некоторых невыгодных, даже опасных для самой жизни больной сторон. Во-первых, внутренняя поверхность послеродовой матки обладает способностью весьма энергично всасывать, и потому, если применять для внутриматочных промываний дезинфицирующие растворы, то легко можно вызвать отравление. Во-вторых, если промывная жидкость будет вводиться под большим давлением, или обратный отток ее почему-либо будет затруднен, то она может попасть сначала в трубы, потом через них в брюшную полость и вызвать коллапс и инфекцию брюшины. В-третьих, вместе с промывною жидкостью можно ввести в матку воздух, который, попав в сосудистую систему, может вызвать воздушную эмболию со смертельным исходом. В-четвертых, наконец, сама жидкость может попасть в вены матки,

занести туда с собою инфекционные начала и вызвать отрыв имеющихся здесь тромбов, т. е. повести к образованию эмболий. Оттого промывания послеродовой матки нередко сопровождаются потрясающими знобами и еще более серьезными расстройствами до внезапной смерти включительно.

Вуич, разобрав соответствующий материал Киевской клиники, где одно время широко производились промывания послеродовой матки, — на 567 родов они были произведены 331 раз, в том числе 64 раза тотчас по окончании родов и 267 раз в первые дни пуэрперального периода, — нашел, что у 33 родильниц они сопровождались ознобами, в 10 случаях имевшими характер потрясающих, а у одной родильницы — припадком возбуждения с потерей сознания. *Авенариус* наблюдал случай внезапной смерти после внутриматочного спринцевания раствором $1\frac{1}{2}$ -хлористого железа. Смертельный исход видел и *Гагарин* после промывания матки при помощи клизопомпа, т. е. под большим давлением. Далее, *Никитин* описан случай отравления после внутриматочного промывания раствором сулемы и т. п.

Вследствие этого, применяя внутриматочные спринцевания, надо непременно соблюдать при них следующие предосторожности: 1) для них не следует употреблять растворов ни сулемы, ни карболки, ни лизола и т. п., а лучше производить их или стерильным соевым раствором, или просто прокипяченной водой; 2) спринцевание надо производить под небольшим давлением столба жидкости, помещая кружку *Esmarch*'а невысоко; 3) чтобы обратный отток жидкости был обеспечен, нужно употреблять для внутриматочных промываний катетер с двойным током, напр. *Fritsch-Bosemann*'овский; 4) чтобы гарантировать большую от воздушной эмболии, надо прежде, чем вводить наконечник в матку, пустить струю жидкости и таким образом выгнать из резиновой трубки могущий попасть в нее воздух.

Чтобы вызвать сокращение матки путем термического раздражения, некоторые предлагают вместо тепла пользоваться холодом — в виде промывания матки ледяной водой или даже прямо введения в нее кусков льда (*Соловьев*). В прак-

тике, однако, применение высокой t° для данной цели пользуется более широким распространением, чем применение низкой t° , и не без основания.

Не нашел себе широкого применения и способ вызывать сокращение атонической матки при помощи электричества, от которого в одном подобном случае наблюдал хороший эффект *Клин*.

Если перечисленные выше средства не приводят к цели, и атоническое кровотечение продолжается, тогда положение становится весьма серьезным, и выступает нужда в самых энергич-



Рис. 562. Dührssen'овские цилиндры для стерильной марли, открытый и герметически закрытый.

ных мерах для спасения жизни больной. Одною из таких мер заслуженно считается тампонация полости матки по способу *Dührssen'a*. Каждому акушеру-практику не мешает иметь в своем инструментальном наборе хотя бы одну *Dührssen'овскую* коробку со стерильной марлей. Коробка эта представляет собою открытый с обоих концов металлический цилиндр, стенка которого снабжена по краям круглыми отверстиями; оба конца цилиндра закрываются крышками, также снабженными отверстиями. Наполнив цилиндр полосой марли, в ладонь шириною, закрывают его крышками так, чтобы их отверстия пришлись против отверстий цилиндра, и в таком виде кладут в автоклав для стерилизации. В автоклаве перегретый пар

входит через отверстия внутрь цилиндра, и обеспложивает марлю. Когда последняя простерилизуется, цилиндр вынимают из автоклава и повертывают крышки так, чтобы отверстия цилиндра и крышек не совпадали. Цилиндр оказывается тогда герметически закрытым, и марля может в нем сохраняться стерильною сколько угодно времени. Чтобы произвести там-



Рис. 563. Тампонация атонической матки (по Dührssen'y).

понацию матки, укладывают родильницу на край стола, раскрывают рукав зеркалами, захватывают матку пулевыми щипцами за влагалищную часть и, насколько позволяет рыхлость тканей последней, низводят к половой щели, даже немного наружу. Низведя матку, открывают цилиндр, захватывают марлевую полосу длинным пинцетом или корнцангом и укладывают ее в полости матки, начиная с самого верхнего, донного ее отдела. На то, чтобы марля вплотную прилегала к дну и соседним стенкам верхнего отдела маточной полости, надо об-

ращать особенное внимание, так как, если это не будет сделано, — тампонация не достигнет своей цели. Чтобы убедиться, что марлевая полоса введена, куда следует, врач, одною рукою вводя марлю, другой должен контролировать правильность тампонации через брюшные стенки. После выполнения марлей полости маточного тела тою же полоскою тампонируется цервикальный канал, затем рукав. Марля оставляется в матке на 10—12 часов, после чего может быть удалена без дальнейших опасений. Действует внутриматочная тампонация двояко: с

одной стороны она вызывает энергичные сокращения матки, с другой — непосредственно прижимает кровоточащие сосуды плацентарной области.



Рис. 564. Правильная тампонация матки и рукава при атоническом кровотечении (по Витт'у).



Рис. 565. Неправильная тампонация полового канала при атоническом кровотечении (по Витт'у). 1 — Оставшийся в матке кусок плаценты. 2 — Внутренний зев. 3 — Наружный зев.

Некоторые акушеры, особенно в прежнее время, рекомендовали употреблять для внутриматочной тампонации не стерильную, а иодоформированную марлю, но применение последней является рискованным в виду легкой возможности отравления.

В различное время и различными лицами, — у нас, напр., Федоровым, — были, далее, для тампонации послеродовой матки по *Dührssen*'у предложены специальные инструменты — тампонаторы; но особенной нужды в них нет, — при тампонации матки можно обходиться достаточно длинным пинцетом (анатомическим) или корнцангом.

Нелишне, наконец, упомянуть, что в Харьковской клинике проф. *Толчинова* тампонация матки при атонических кровотечениях полосой марли производилась еще до опубликования в печати статей *Dührssen*'а.



Рис. 566. Эластическая перетяжка тела при атоническом кровотечении (по Momburg'y).

Второй способ борьбы с атоническими кровотечениями тотчас после родов в тяжелых случаях это — эластическая перетяжка тела по *Momburg'y*. Перетяжку эту можно производить достаточно толстой резиновой трубкой, которая накладывается на средину живота несколько выше таза и постепенно стягивается до тех пор, пока не перестанет прощупываться пульсация в бедренных артериях. Так как при этом сдавливается *aorta abdominalis*, то, прежде всего, прекращается или уменьшается до *minimum'a* приток крови ко всей нижней части тела, в том числе и к матке, и уже это одно уменьшает кровопотерю; кроме того, артериальная анемия матки ведет к энергичному сокращению маточной мускулатуры. Перетяжку нельзя оставлять на долгое время, — по истечении 20—30 минут трубку надо рас-

пустить, причем это должно быть производимо с величайшею осторожностью, в смысле постепенности: если ослабление перетяжки будет сделано быстро, то кровь из сосудов верхней части тела хлынет в сосуды живота и нижних конечностей, и произойдет обескровливание мозга и сердца с крайне опасными последствиями. Поэтому трубку надо распускать очень медленно, причем лучше перед ослаблением перетяжки забинтовать ноги большой эластическими бинтами, придать ей положение с опущенной книзу верхней частью тела и усилить наполнение верхних отделов сосудистой системы вливанием солевого раствора под кожу или в вены.

Между тем, как *Стыккей* не наблюдал никаких неблагоприятных последствий от перетяжки, продолжавшейся 1 ч. 16 мин., другие наблюдатели (*Шестопал*, *Мусатов*) видели уже от кратковременного применения ее падение пульса. Во всяком случае от перетяжки надо воздерживаться у больных с заболеваниями сердца, почек и сосудов (*Гогоберидзе*). По опытам *Сперанской-Бахметевой* перетяжка не оказывает влияния ни на нервы, ни на мышцы, ни на матку с ее ганглиями; главнейшие изменения при ней замечаются со стороны кровообращения — быстрое повышение при наложении эластического жгута и падение после его снятия. *Попов* у 2 больных из 4, у которых была применена перетяжка по *Momburg'u*, наблюдал последовательное развитие поносов.

Эластическую перетяжку по *Momburg'u* можно, особенно у суб'ектов с нежирными брюшными стенками, до известной степени заменить сдавливанием брюшной аорты или непосредственно руками, или при помощи тугой подушечки, сделанной, напр., из ваты, завернутой в марлю; наконец, для придавливания брюшной аорты к позвоночнику придуманы особые приборы, состоящие из придавливающей пластинки, пружины и эластического пояса.

Хорошие услуги при тяжелых атонических кровотечениях из послеродовой матки может также оказать искусственная антефлексия (resp. антеверзия) матки.

Снегирев рекомендует для этого вводить в рукав, именно, в задний свод, одну руку, а другой, перегнув



Рис. 567. Сдавливание антефлектированной матки при атонических кровотечениях между внутренней рукою, введенною в передний свод, и наружною, прижимающею матку чрез брюшные стенки.



Рис. 568. Придавливание атонической матки снаружи к симфизу (по Рачинскому).

прижимать сильно антевертированную матку к симфизу чрез брюшные стенки.

После того, как матка сократилась, и атоническое кровотечение остановилось, больная на некоторое время должна быть оставлена под наблюдением. Кроме того, если она потеряла много крови, и у нее имеются налицо явления острого малокровия, врач должен принять против этого соответствующие меры.

Различные субъекты неодинаково реагируют на одну и ту же кровопотерю, — потеряв 1000 куб. сант. и даже более крови, одни больные не представляют решительно никаких расстройств, тогда как у других даже и меньшие потери сопровождаются резко выраженными расстройствами. Прежде всего обыкновенно выступают явления со стороны центральной нервной системы, — больные жалуются на общую слабость, головокружение, шум в ушах, потемнение в глазах и т. п., причем все эти явления возрастают при попытках больной поднять голову. Далее, обнаруживаются расстройства со стороны сердечно-сосудистого аппарата, — пульс учащается, наполнение его падает, развивается бледность покровов, конечности холодеют. Наконец, на первый план выступают расстройства дыхательной деятельности, — появляется одышка, дыхание становится частым и

матку, прижимать тело ее к шейке; *Соколов* предпочитает сдавливать антефлектированную (resp. антевертированную) матку между наружной рукой и полурукой, введенной в передний свод; наконец, *Томсон*, *Губарев* и *Рачинский* советуют

поверхностным, больная начинает метаться, пробует встать, пульс исчезает, и наступает смерть.

Пока дело не дошло еще до расстройств дыхания, больную можно спасти. Ее кладут с опущенною головою, приподнимают ноги, бинтуют их эластическим бинтом, на сердце кладут пузырь с горячей водой и вообще заботятся о согревании тела больной, дают per os горячий кофе, коньяк и пр., вводят под кожу ol. camphoratum, а главное — вводят под кожу или прямо в вену достаточное количество (800—1000 куб. сант.) или физиологического раствора поваренной соли, или, еще лучше, искусственной сыворотки (*Locke'*овской жидкости). Горячо рекомендовавшееся прежде переливание крови в настоящее время почти всеми оставлено. Из других средств я получил хорошие результаты от применения спермина и питуитрина под кожу. Само собою разумеется, что прежде, чем применять эти меры, необходимо позаботиться о полной остановке кровотечения, так как при угрожающих явлениях острого малокровия даже небольшая кровопотеря может свести больную в могилу.

Бове. О кровотечении из мат.-посл. сосудов в посл. периоде родов и точас по окончании их. Дисс. М. 1861. — *Лазаревич.* О прижати бр. аорты для остановки мат. кров. Пр. О. Киев. В. 1862. — *Сутуин.* О переливании крови. Дисс. СПб. 1865. — *Гагарин.* Сл. смерти от вхождения воздуха в вены во вр. спринцевания в полость матки. Пр. О. Р. В. 1866-7. — *Савостицкий.* Об успешн. переливании крови у роженицы. М. М. Г. 1867. — *Авенариус.* Сл. смерти от спринц. в полость матки. Совр. М. 1871. — *Клин.* Сл. остановки посл. кровотечения при пом. электр. тока. М. М. Г. 1874. — *Соловьев.* Сл. остановки кровотечения после родов введением кусков льда в полость матки. Уч. Зап. Каз. У. 1878. — *Ананов.* О лечении послер. мат. кровотечений впрыскиваниями гор. воды. Пр. Кавк. М. О. 1878-9. — *Онуфриев.* О выполаск. матки водой в 40° R. при послер. мат. кровотечениях. Дисс. М. 1879. — *Кашкаров.* Atonia uteri partialis ex metritide int. chr. Дисс. СПб. 1880. — *Лебедев.* Пуэрп. и внепуэрп. кровотечения из род. путей. Межд. Кл. 1883. — *Отт.* О влиянии на обескр. организм вливания раствора пов. соли и пр. Дисс. СПб. 1884. — *Отт.* О вливаниях в кров. систему раствора пов. соли при остром малокровии, обусл. предлежанием д. места. Вр. 1884. — *Отт.* Вливание в кров. систему раствора пов. соли всл. послер. кровотечения. Тр. О.

Р. В. 1884-5. — *Парышев*. Аппарат *Гейтмана* в прим. к леч. послер. кровотечений. Тр. О. Р. В. 1885-6. — *Кистер*. Случай смерт. атон. послер. кровотечения. М. Об. 1888. — *Рейн*. Стекл. двойн. наконечники для пром. матки и влагалища. Пр. Киев. А. О. 1888. — *Жадкевич*. Сл. интоксикации сулемой в ак. практике. Ж. А. 1888. — *Хазан*. О тампонировании послер. матки при атон. кровот. Ж. А. 1888. — *Штоль*. О тампонации матки после родов. Вр. 1888. — *Верцинский*. Совр. учение о леч. тяжелых форм остр. малокровия. М. Об. 1889. — *Вуич*. К вопр. об осложн., набл. при промывании послер. матки. Пр. Киев. А. О. 1889. — *Вьгодский*. Ак. помощь при оп. атон. кровотечениях после родов. Пр. Вил. М. О. 1890. — *Муратов*. К леч. послер. кровотечений. Тр. М. А. О. 1890. — *Стржсалко* и *Элиасберг*. К каз. последствий от внутрим. впрыскиваний в послер. периоде. Пр. Киев. А. О. III. — *Ананов*. О леч. послер. мат. кровотечений по сп. *Dührssen'a*. Пр. Кавк. М. О. 1890. — *Ростовцев*. Неск. сл. тампонации *uteri* при послер. кровотечениях. Тр. М. А. О. 1890. — *Поюровский*. О тампонаде матки при послер. кровотечениях. Ж. А. 1891. — *Вуич*. К каз. осложнений при внутрим. промываниях. Тр. Киев. А. О. IV. — *Нейшишубе*. Об употр. физ. раствора пов. соли при тяж. остром малокровии от послер. кровотечений. Отч. Ж. А. 1892. — *Киселев*. Тампонация матки при послер. кровотечениях. Вр. 1893. Дисс. СПб. 1894. — *Кроль*. О действии корнутаина в послер. периоде. Пр. Киев. А. О. VIII. — *Дубенский*. Сл. посл. кровотечения, ост. тампонацией матки. Пр. О. Кал. В. 1897. — *Муратов*. Нек. замечания о послер. кровотечениях. М. Об. 1899. — *Нукитин*. О врач. ошибках и пр. В. О. Г. 1899. — *Федоров*. Новый инструмент для тампонации пол. матки *tamponator uteri*. Ж. А. 1901. — *Томсон*. Лечение послер. кровотечений. Ж. А. 1904. — *Калабин*. О леч. послер. мат. кровотечений перетягиванием эл. шнуром. Ж. А. 1909. — *Стуккей*. Об иск. обескровливании нижн. половины тела по сп. *Motburg'a*. Р. Вр. 1909. — *Попов*. Иск. обескровливание нижн. половины тела по *Motburg'y*. Р. Вр. 1909. — *Мусатов*. К вопр. о прим. в акуш. обескровливания нижн. половины туловища по *Motburg'y*. М. Об. 1910. — *Шестонал*. К вопр. о леч. послер. мат. кровотечений по сп. *Motburg'a*. Ж. А. 1910. — *Гоюберидзе*. Об обеск. нижн. пол. тела по *Motburg'y*. Р. Вр. 1911. — *Сперанская-Бахметева*. Сп. *Motburg'a* с эксп. точки зрения. Ж. А. 1912. — *Рачинский*. К леч. острых мат. кровотечений. Р. Вр. 1912. — *Соколов*. К вопр. о лечении послер. кровотечений. Пр. В. 1913. — *Карницкий*. Секакорнин *Roche* в послер. периоде. Вр. Г. 1913.

Подкожная эмфизема. Если во время периода изгнания роженица тужится чересчур энергично, то результатом этого

может быть разрыв поверхностно лежащих легочных пузырьков с последующим развитием подкожной эмфиземы шеи, лица и груди. Подобные случаи были описаны в русской меди-

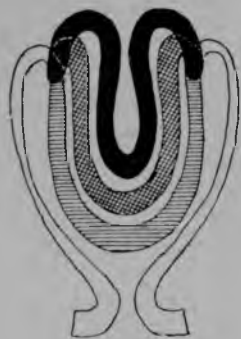


Рис. 569. Различные степени полного выворота матки (схематически, по Auvard'y и Devy)



Рис. 570. Различные степени неполного выворота матки (схематически, по Auvard'y и Devy).

цинской литературе *Алексеевым*, *Львовым*, *Филипповым* и др., причем в случае *Филиппова* развитие подкожной эмфиземы наблюдалось после припадков эклампсии. В послеродовом периоде эмфизема обыкновенно проходит без дальнейших вредных последствий. В исключительных случаях разрыв легочных альвеол может повести даже к развитию пнеймоторакса, как это было в одном случае, описанном *Франгопуло*.

Казуистика подкожной эмфиземы и пнеймоторакса у рожениц: *Алексеев*, М. Вр. В., 1875; *Львов*, М. В., 1880; *Филиппов*, Пр. М. О. Р. В., 1890; *Голостенов*, Пр. Орл. М. О. 1897; *Франгопуло*, Вр. Г., 1903.

Выворот матки. Так называется своеобразная аномалия положения матки, при которой последняя выворачивается, как палец перчатки. Вывернуться может или вся матка, или только тело (resp. дно) ее; в первом случае будет полный выворот, во втором — неполный. Далее, полностью вывернутая матка

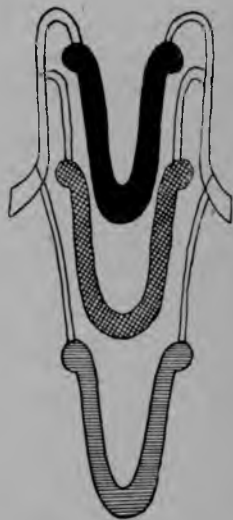


Рис. 571. Различные степени выпадения вывернутой матки (схематически, по Auvard'y и Devy).

может или остаться в руке, или выступить целиком или частью из половой щели, — выпадение вывернутой матки (*prolapsus uteri inversio, inversio uteri et vaginae.*)

Хотя аномалия эта и развивается во время родов значительно чаще, чем вне всякой связи с родовым актом, однако и у рожениц данное осложнение является довольно редким. По *Кацнельсону* в СПб. Повивальном Институте на 45 000 родов был лишь один случай выворота, в Мариинском же Родильном Доме на 20.000 — ни одного, в СПб. Родовспомогательном Заведении 1 случай родового выворота пришелся на 300 000 родов (*Рыжков*), и один же случай имел место в СПб. городских родильных приютах на 135 000 родов.

Что касается происхождения выворота матки у рожениц, то в этом отношении можно различать случаи, с одной стороны, самопроизвольного выворота, с другой — насильственного.

Во многих руководствах по акушерству проводится тот взгляд, что насильственные вывороты встречаются гораздо чаще самопроизвольных. Однако данные *Бекмана* говорят против такого взгляда: из 100 собранных этим автором из литературы случаев в 54 имел место самопроизвольный выворот и лишь в 21 — насильственный, в остальных же 25 происхождение выворота осталось неизвестным.

Самопроизвольно выворот матки может возникнуть, напр., при родах в тазовом предлежании, осложненных чрезмерною короткостью пуповины: во время изгнания плода последний натягивает пуповину; если она слишком коротка, влечение передается плаценте, а если плацента в это время еще плотно соединена с маткой, то, смещаясь книзу, она увлекает за собою и маточную стенку. Впрочем самопроизвольный выворот может произойти и при пуповине нормальной длины, под влиянием потужной деятельности брюшного пресса и обусловливаемого ею повышения внутрибрюшного давления на дно атонической матки.

Вообще для происхождения выворота матки необходима наличность трех условий: 1) достаточного раскрытия зева (*resp.* цервикального канала), 2) расслабленного, атонического

состояния маточных стенок и 3) давления на дно матки извне или влечения за него снаружи. Эти три условия фигурируют и в случаях насильственного выворота. Последний наблюдается нередко при попытках удалить плаценту путем потягивания за пуповину; если детское место в это время еще плотно соединено с маточной стенкой, а матка расслаблена, то результатом подобных попыток и является выворот. То же самое может произойти и при неумелом применении способа *Credé*. Прежде, чем начинать выжимание последа по этому способу, надо непременно сначала путем массирования вызвать сокращение матки; если же мы станем применять способ *Credé* при расслабленной матке, то рискуем вызвать *inversio uteri*.

Каким бы путем ни произошел выворот матки, он дает очень характерную клиническую картину. В самый момент выворота, благодаря травматизации покрывающей матку брюшины и натяжению связок, больная испытывает сильную боль; одновременно, по той же причине, у нее нередко развиваются явления коллапса—пульс учащается, лицо бледнеет и покрывается холодным потом, иногда наступает обморок. Далее, у больной наблюдается обыкновенно кровотечение из половых путей, так как, благодаря натяжению широких связок, кровообращение в матке резко нарушается, и развивается сильный венозный застой.

Диагноз свежего родового выворота матки очень нетруден: помимо анамнестических данных объективное исследование дает при этом осложнении слишком типичную картину, чтобы выворот можно было смешать с чем-либо другим. Осо-



Рис. 572. Полный выворот матки с частичным выпадением ее из половой щели (по Braun'у).

В воронке выворота видны ятянутые туда широкие связки с трубами и яичниками.

бенно характерною является картина полного выворота, при котором мы находим или вне половой щели, или в рукаве шарообразную опухоль мягкой консистенции; на ярко-красной поверхности этой опухоли



Рис. 573. Полный выворот матки и рукава у роженицы (по преп. клиники в Halle).
1 — Рукав. 2 — Область маточного зева.

при внимательном осмотре можно бывает открыть маточные отверстия труб; иногда плацента сидит на этой опухоли. В высшей степени характерные данные получаются, при всех степенях выворота, и путем бимануальной пальпации, которая позволяет прощупать на месте маточного дна более или менее глубокую воронку выворота.

Имея дело с свежим родовым выворотом матки, надо как можно скорее постараться его вправить, так как, чем старее выворот, тем труднее его вправление. Для этого врач, захлороформировав больную и приведя руки в возможно асептическое состояние, ставит расположенные кружком концы пальцев правой руки на покрытое куском стерильной марли вывороченное дно матки и быстрым движением старается вправить последнюю. Если на вывороченной матке еще сидит плацента, то одни акушеры рекомендуют перед вправлением отделять ее, другие же, напротив, советуют производить вправление без предварительного отделения плаценты, сопровождающегося обычно сильным кровотечением. После вправления надо немедленно применить средства, вызывающие сокращение матки.

В тех случаях, где матка вместо того, чтобы вправляться под давлением со стороны пальцев, уходит вверх, нужно, захватив *portio vaginalis* несколькими пулевыми щипцами, левою рукою фиксировать ее, а правой производить вправление. Если

и таким путем не удастся вправить матку сразу, то нужно прибегнуть к методическому давлению, — заправив вывороченную матку, буде она лежит вне половой щели, в рукав, туго тампонируют последний тампоном в виде мешка из марли, наполненного ватными шариками, или просто полосой марли, или, наконец, кольпейринтером, оставляя тампон (resp. кольпейринтер) на сутки. На следующий день тампонацию, если надо, повторяют и т. д., пока матка совершенно не вправится. Невправленные своевременно вывороты в дальнейшем настолько фиксируются, что для устранения их приходится прибегать к довольно сложной операции; кроме того, пока выворот не вправлен, больная продолжает кровоточить, вывороченная *mucoса uteri* подвергается инфекции, вследствие ущемления мочеточников страдают мочевые пути и пр.

Бекман. К этиол. выворотов матки после родов. Ж. А. 1894. — *Вебер*. К леч. послерод. выворотов матки. Ж. А. 1897. — *Кацнельсон*. *Pralapsus uteri inversi sub partu*. Ж. А. 1902. — *Тотеш*. К вопр. о выворотах матки и пр. Р. Вр. 1904. — *Шевалдышев*. К вопр. об остром послерод. вывороте матки. М. Об. 1912. — *Рыжков*. К вопр. о вывороте матки после родов. Отч. Вр. Г. 1912.

Казуистика родовых выворотов матки: *Вастен*, М. В., 1883; *Варшавская*, Вр., 1886; *Кемарский*, Ж. А., 1888; *Паупертов*, Тр. О. Р. В., 1889; *Мейер*, Ж. А., 1889; *Исакова*, Н. Б., 1891; *Панфилович*, Пр. О. Кал. В., 1893; *Жемчужников*, Пр. Киев. А. О., VI; *Левоневский*, Пр. Омск. М. О., 1893-4; *Юровский*, Вр., 1894; *Редлих*, Пр. Киев. А. О., 1895; *Бродский*, Ежен., 1900; *Кац*, Ж. А., 1902; *Вернер*, отч. Р. Вр., 1903; *Варнек*, М. Об., 1904; *Выдрин*, М. Об., 1904; *Варасова*, Р. Вр., 1911; *Волков*, Ж. А., 1915.

Внезапная смерть матери во время родов и вскоре после них. Описывая выше различные осложнения родового акта, мы уже отметили, что эклампсия у рожениц, маточные кровотечения на почве предлежания последа и на почве атонии матки, заболевания сердца и пр. — могут вызвать и действительно нередко вызывают быструю смерть рожениц. Помимо этих случаев, где причина смерти является ясною, наблюдаются иногда случаи, где женщины во время родов или вскоре после них погибают совершенно неожиданно для наблюдающего за

ними врача-акушера. Такую внезапную, неожиданную смерть рожениц большею частью ставят в связь со вхождением воздуха в вены матки и последующей воздушной эмболией.

Что воздух действительно при известных условиях может попасть в полость матки во время родов или вскоре после них, — это не подлежит сомнению. Выше уже было сказано, что его можно ввести туда при внутриматочных спринцеваниях, если, производя их, врач не позаботится о том, чтобы предварительно выгнать воздух из наконечника и резиновой трубки ирригатора струей промывной жидкости. Далее, воздух может проникнуть в матку при различных манипуляциях в половом канале, производимых в положении роженицы на боку и особенно в коленно-локтевом положении роженицы, когда внутрибрюшное давление у ней становится отрицательным. Не подлежит сомнению, по видимому, и то, что, попав в полость матки, воздух может проникнуть чрез зияющие просветы вен плацентарного места в кровеносную систему. Наконец, и клинические наблюдения, и результаты опытов на животных говорят, что, при поступлении воздуха в систему кровообращения, может получиться эмболия со смертельным исходом, — по одним авторам (*Мирам*) от закупорки легочных капилляров, по другим — от закупорки легочной артерии, по третьим — от закупорки а. *coronariae cordis*. При всем том опасность воздушной эмболии у рожениц и родильниц, является, по видимому, сильно преувеличенною.

Если даже признавать крайностью взгляд *Шестопала*, считающего сомнительною достоверность всех тех случаев, где внезапная смерть произошла будто бы от вхождения воздуха в кровеносные сосуды, все же нельзя отрицать, что прямые опыты и старых, и новых экспериментаторов дают известные основания для подобного взгляда. Еще *Пирогов* на основании своих опытов пришел к выводу, что медленное введение даже больших количеств воздуха в кровеносную систему переносится без особого вреда, и лишь быстрое введение убивает животное. *Сунцов*, признавая, что большая или меньшая опасность воздушной эмболии зависит не только от количества поступившего воздуха, но и от способа его вхождения, нашел, что самопроизвольное вхождение воздуха

в вены возможно лишь в исключительных случаях. К аналогичным результатам пришел, в сравнительно недавнее время, на основании своих опытов и *Ильин*. С другой стороны тот же автор, разбирая описанные в литературе случаи якобы воздушной эмболии сердца, нашел все их очень слабо обоснованными. Принимая во внимание все это, нельзя не относиться скептически особенно к таким случаям, как случай *Шапошникова*, где смерть роженицы будто бы от вхождения воздуха в вены матки последовала на 12-й день пуэрперального периода.

Клиническая картина смерти от воздушной эмболии не нуждается в подробном описании, — достаточно сказать, что роженица (resp. роженица) погибает внезапно при явлениях одышки. Нет смысла говорить и о лечении этого осложнения. Что же касается профилактики, то она была уже указана в своем месте, — во избежание вхождения воздуха в матку надо, с одной стороны, соблюдать отмеченные выше предосторожности при внутриматочных спринцеваниях, с другой — избегать у рожениц и рожениц вхождения в матку рукою или инструментами при таких положениях, как коленно-локтевое и даже боковое.

Помимо воздушной эмболии быстрая смерть матери во время и вскоре после родов, неожиданно для врача, может последовать, повидимому, и от других причин. Между прочим *Архангельский* описал один случай, где смерть роженицы последовала от внезапного упадка сил, и я на основании одного личного наблюдения склонен думать, что подобные случаи вполне возможны.

Пирогов. Др. Здр. 1852. — *Сунцов*. О вхождении воздуха в вены. Дисс. СПб. 1863. — *Архангельский*. Сл. внезапного упадка сил у роженицы, окончившийся смертью. В.-М. Ж. 1866. — *Шапошников*. Сл. вхождения воздуха через мат. вены в правое сердце на 12-й день после родов, со смерт. исходом. Вр. 1882. — *Львов*. Сл. внезапной смерти во вр. родов. Дн. Каз. О. В. 1885. — *Градусов*. Сл. вез. смерти после родов. Пр. Ферг. М. О. 1897-8. — *Шестопал*. Арх. Подв. 1898. — *Мирам*. О причинах смерти после возд. эмболии. Дисс. Киев. 1909. —

Рахманов. Эмболия лег. артерии во вр. родов. Отч. Р. Вр. 1909.
— *Ильин.* Воздушная эмболия. Ж. А. 1913. — *Ильин.* Воздушная эмболия в акушерстве. Ж. А. 1914.

Трупные роды. Если женщина во время родов погибнет от той или иной причины, не разрешившись, то рождение плода может последовать уже после ее смерти. Подобные случаи описывались уже давно, но одно время их относили к области сказок. В настоящее время твердо установлено, что такие т. наз. трупные роды вполне возможны, именно, если роженица умрет в той стадии родов, когда маточный зев у ней является достаточно раскрытым, т. е. в конце периода раскрытия или в начале периода изгнания. В происхождении трупных родов играют роль два обстоятельства: во-первых, посмертные сокращения матки (экспериментально установлено, что маточная мышца продолжает еще некоторое время свою сократительную деятельность и после смерти роженицы, а *Сочава* имел возможность в одном случае наблюдать такие сокращения и клинически), во-вторых, сильное повышение внутрибрюшного давления, благодаря посмертному развитию газов в брюшной полости. Под влиянием этого второго фактора в сравнительно большом проценте трупных родов одновременно происходит и выворот матки, иногда с выдавливанием последней из половой щели. Такие случаи в русской медицинской литературе были описаны, напр., *Ступниковым*. Понятно, что случаи эти представляют не столько акушерский, сколько судебно-медицинский интерес.

Никитин. Сл. посмертных родов. Сб. Соч. по Суд. М. 1875.
— *Рейман.* О рождении плода после смерти матери. Пр. О. Киев. В. 1875-76. — *Рейман.* Роды после смерти. Сб. Соч. по С. М. 1876. — *Сочава.* К вопр. о посмертных сокращениях матки после родов. М. М. Г. 1877. — *Тепляшин.* Сл. родов в могиле. Вр. 1882. — *Корш.* По пов. родов в могиле. Р. Мед. 1886. — *Ступников.* Два сл. родов после смерти. В. О. Гиг. 1899.

Мнимая смерть новорожденных. Под мнимой смертью разумеется такое состояние новорожденного, при котором одни из обычных признаков жизни отсутствуют, а другие имеются налицо, именно, отсутствует дыхание, имеется же налицо серд-

цебиение. За исключением сравнительно редких случаев, где причина такого состояния новорожденного кроется в сдавливании мозга (напр., после извлечения плода щипцами), в острой анемии и т. п., мнимая смерть новорожденного обычно представляет собою продолжение утробной асфиксии плода, почему и в этиологии ее играют роль те же моменты, которые вызывают и эту последнюю. К таким моментам относятся: 1) заболевания матери, ведущие к недостаточному содержанию в материнской крови кислорода, 2) длительное течение родов, 3) судорожные сокращения матки, 4) изменения в плаценте, ведущие к облитерации плацентарных сосудов, 5) преждевременная отслойка плаценты, 6) выпадение и прижатие выпавшей петли пуповины, 7) завязывание пуповины в истинные узлы и т. д. Одним словом, причинами внутриутробной асфиксии плода могут быть все те неправильности, при которых расстраивается или даже совершенно нарушается газообмен между плодом и матерью.

Отчего бы ни зависела асфиксия утробного плода, она представляет собою чрезвычайно опасное явление, грозящее в дальнейшем самой жизни плода. Оттого одною из важнейших задач лица, ведущего роды, — будет ли то врач, или акушерка, — является — следить за тем, не развивается ли у плода асфиксия, дабы вовремя оказать соответствующую помощь.

Сколько времени проходит от появления первых признаков асфиксии до окончательной смерти плода, — определить это невозможно. Все здесь зависит от того, является ли асфиксия результатом нарушения или полного прекращения газообмена между плодом и матерью. При полном прекращении газообмена, как показывают опыты *Горецкого*, произведенные на собаках, кошках и кроликах, в первые 6 минут плод остается живым и здоровым, в течении следующих 4 минут находится в легкой асфиксии, еще $\frac{1}{4}$ часа — в глубокой асфиксии, а через 26 минут всегда оказывается мертвым. Для человеческого плода цифры эти скорее должны быть уменьшены, — обыкновенно принято думать, что, если с момента полного прекращения газообмена между плодом и матерью прошло 10—15 минут, то плод оказывается уже без-

возвратно погибшим. При этом, чем ближе плод к полной зрелости, тем хуже переносит он асфиксию.

При распознавании внутриутробной асфиксии плода можно руководствоваться главным образом двумя признаками. Первый и самый важный из них это — изменение частоты сердцебиения плода: с наступлением асфиксии сердцебиение плода сначала, вследствие раздражения, накапливающейся в крови углекислотой, центра блуждающего нерва в продолговатом мозгу, становится реже, а потом, когда наступит паралич этого центра, учащается и вместе становится аритмичным. Вторым признаком наступающей асфиксии плода во время родов является отхождение из половых путей матери мекония, который легко узнается по своему зеленоватому цвету. Надо, однако, иметь в виду, что отхождение мекония может указывать на асфиксию лишь при головных предлежаниях плода; если плод находится в предлежании тазовым концом, то меконий может чисто-механически выдавливаться из кишечника и без наличия асфиксии; да и при родах в головном предлежании иногда наблюдается отхождение мекония, между тем как плод рождается без всяких признаков асфиксии.

Иногда распознать асфиксию утробного плода удается, констатируя преждевременную дыхательную деятельность его. Когда газообмен между плодом и матерью нарушается, плод автоматически, вследствие раздражения углекислотой дыхательного центра, начинает дышать легкими, и эти дыхательные движения его иногда удается определить пальпацией или чрез половые пути, или *per rectum*. Уловить этот признак, однако, можно бывает лишь в редких случаях.

В качестве признака наступающей асфиксии утробного плода указывают, далее, на усиленные движения последнего, носящие притом судорожный характер. Но этот признак является мало надежным и легко может подать повод к ошибкам.

Распознав по указанным сейчас признакам наступившую асфиксию плода, врач немедленно должен принять меры для спасения его жизни. В качестве такой меры *Rapin* предложил

вводить в матку воздух, необходимый для легочного дыхания ребенка. Однако, хотя бы при этом воздух вводился и не посредственно в полость матки, а в полость плодного пузыря, мы не можем гарантировать роженицу от опасности воздушной эмболии — в случае, если плодный пузырь окажется где-нибудь сверху разорван. Кроме возможности вхождения накачиваемого воздуха в вены матки способ этот опасен еще тем, что вместе с воздухом мы можем ввести в матку инфекционные начала. Чтобы избежать этого, *Rapin* рекомендует перед введением в матку фильтровать воздух, пропуская его чрез слои стерильной марли и ваты. Подобная фильтрация, однако, сильно усложняет дело. Благодаря указанным опасностям и своей сложности, способ *Rapin*'а совершенно не привился в акушерской практике, и общепринятым способом спасти ребенка при внутриутробной асфиксии до сих пор остается возможно быстрое извлечение его из половых путей матери.

Извлеченный теми или иными приемами асфиктический новорожденный оказывается обыкновенно находящимся в состоянии мнимой смерти, и его нужно бывает оживить. Для этой цели в распоряжении врача имеется целый ряд способов, которые и применяются в зависимости от степени асфиксии. Издавна уже различают две главных степени последней: „синюю“ асфиксию (*asphyxia livida*), при которой кожные покровы новорожденного имеют багровую окраску, удары сердца редки, но энергичны, тонус мышц не исчез, и „бледную“ асфиксию (*asphyxia pallida*), при которой кожа новорожденного холодна наощупь и бледна, мышцы утратили свой тонус, сердце бьется слабо и часто. Если ребенок находится в легкой асфиксии, то, чтобы заставить его дышать, достаточно несколько раз ударить его рукою по ягодицам, — раздражение кожи передается при этом дыхательному центру и рефлекторно вызывает дыхание. К числу средств, которыми здесь можно ограничиться, относятся также: обрызгивание ребенка холодной водою, погружение его попеременно то в теплую, то в холодную воду и ритмическое вытягивание языка по способу *Laborde*'а, при котором рефлекторно раздражается дыхательный центр.

Если, однако, ребенок родился с глубокой асфиксией, то указанные меры оказываются обыкновенно недостаточными, и

для оживления его надо применить искусственное дыхание. При этом прежде всего надо тщательно позаботиться об освобождении его дыхательных путей. Подвергаясь асфиксии, утробный плод автоматически, вследствие раздражения его дыхательного центра углекислотой, начинает дышать легкими; но в матке и вообще в половых путях необходимого для легочного дыхания воздуха обыкновенно не имеется, и потому при первых же вдохах плод втягивает в ротик, гортань, трахею и бронхи лишь кровь, слизь, околоплодную жидкость и пр., которые и закупоривают его дыхательные пути. Прежде, чем приступить к искусственному дыханию, следует сначала сделать последние проходимыми для воздуха. Иногда для этого достаточно бывает, взяв ребенка за ножки и держа вниз головку, несколько раз встряхнуть в таком положении, предварительно освободив ротик от слизи концом мизинца. Если таким способом не удастся сделать дыхательные пути ребенка проходимыми, то надо прибегнуть к высасыванию слизи из них при помощи резинового катетера, введенного одним концом в трахею новорожденного. Другой конец катетера врач берет в рот и высасывает им слизь, кровь и пр. Чтобы при этом последние не попали в рот акушеру, хорошо употреблять для высасывания катетер с вставленным посредине его стеклянным шариком.

Самое искусственное дыхание производится различными способами. Французские акушеры предпочитают ритмическое вдвухание воздуха в легкие новорожденного. Способ этот, однако, представляет крупные невыгоды: если производить вдвухание ртом, то мы вводим при этом испорченный воздух с большим содержанием патогенных микробов, особенно, если у вдвухающего имеются кариозные зубы; применяя же для вдвухания резиновый баллон, мы не в состоянии соразмерить силу нагнетания воздуха и легко можем разорвать нежные легочные альвеолы.

Гораздо более заслуживает рекомендации искусственное дыхание при помощи качаний *Schultze*. Чтобы производить эти качания, нужно захватить ребенка так, чтобы головка его находилась между запястьями обеих рук врача, большие пальцы лежали на передней поверхности грудной клетки ребенка,

указательные помещались в подкрыльцовых впадинах, а остальные — на спинке ребенка. Захватив мнимоумершего новорожденного таким образом, врач перекидывает его так, как это указано на рис. 574, причем грудная клетка ребенка прижимается к большим пальцам, и происходит акт выдыхания; потом тело ребенка опускается книзу (рис. 575), причем грудная клетка отходит от больших пальцев, и происходит акт вдыхания. Подобные качания надо производить раз 8—10 в минуту. Будучи про-



Рис. 574. Качания по *Schultze*.
I темп (акт выдыхания).



Рис. 575. Качания по *Schultze*.
II темп (акт вдыхания).

изводим умело и настойчиво, — в случае нужды в течение часу, даже двух, — способ этот бесспорно является наиболее целесообразным из всех способов оживления мнимоумерших новорожденных.

Искусственное дыхание по *Schultze* не дает эффекта лишь у недоносков с мягкой грудною стенкой, где лучше применять вдувание воздуха в легкие. Кроме того с этим способом надо быть осторожным у новорожденных с переломами костей и вообще повреждениями скелета.

Из других способов оживления мнимоумерших новорожденных заслуживает внимания способ, рекомендованный во Франции

Audebert'ом, а у нас в России *Соколовым*, и состоящий в следующем: сев на стул и положив нога на ногу, врач кладет ребенка спинкою себе на колено, правую рукою захватывает его ножки, а левую — головку и то сгибает, то разгибает его; во время сгибания происходит выдох, во время разгибания — вдох. При этом способе имеет место то расширение, то спадение, грудной клетки; далее, при нем раздражается гортань, как при способе *Laborde*'а; наконец, при нем происходит то прилив крови к мозгу, то отлив.

И для оживления мнимоумерших новорожденных может быть, далее, применен известный способ *Silvester*'а, находящий себе столь широкое применение для оживления взрослых, напр., утопленников, удушенных и т. п. При этом способе тело оживляемого лежит, как известно, неподвижно в горизонтальном положении с подложенным под область плечевого

пояса валиком, а вдыхание и выдыхание производится путем отведения и приведения к туловищу верхних конечностей.

Не так давно *Минкевич* предложил новый способ оживления новорожденных, состоящий, в общем, в следующем: младенец помещается в сидячем положении, грудная клетка его охватывается обеими руками так, что большие пальцы приходятся на лопатках, остальные же на передней поверхности груди, затем ребенок резко перегибается (так, что головка его опускается между расположенными горизонтально ножками), а потом разгибается (так, что оказы-

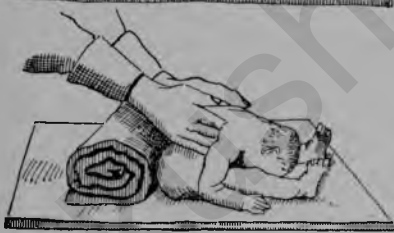


Рис. 576 — 578. Оживление мнимоумерших новорожденных по Минкевичу.

вается лежащим на спинке, под которую подкладывают небольшую валик); при перегибании пальцы врача сжимают грудь, при разгибании — отпускают.

В тяжелых случаях асфиксии, где применение какого-либо одного из перечисленных способов не приводит к цели, можно применять попеременно то один, то другой способ. Делается это до тех пор, пока новорожденный не станет правильно дышать, сильно кричать и двигать ручками и ножками, а покровы его тела не примут нормальной окраски.

Николаев. Биение сердца младенца, как верное показание акушеру для его действий и пр. М. Вр. В. 1851. — *Лазаревич.* Еще неск. слов об оживлении мнимом. новорожденных детей. Совр. М. 1861. — *Флоринский.* Об оживлении мним. нов. детей. М. В. 1865. — *Пономарев.* Об оживлении мним. новорожденных. Пр. Харьк. М. О. 1871. — *Воздвиженский.* Об асфиксии новорожденных. Дисс. М. 1875. — *Горецкий.* К вопросу продолжительности внутриутр. жизни плода после смерти матери. Дисс. СПб. 1877. — *Русаковский.* О сп. *Le Bon'a* оживлять мнимом. новорожденных. Вр. 1882. — *Родзевич.* Сл. оживления мнимом. новорожденного по сп. *Le-Bon'a* Вр. В. 1883. — *Никольский.* Оживление мним. новорожденных по сп. *Le-Bon'a*. Вр. 1884. — *Гамкерелов.* Применение гор. воды для оживления мним. новорожденных. Пр. Кавк. М. О. 1884-85. — *Розанов.* Сл. живорождения при 6-дневных сухих родах. М. О. 1885. — *Шерешевский.* Смерть плода во вр. родов. Отч. *Иноевса.* 1887. — *Нукитин.* О способах оживления мним. новорожденных детей. Ж. А. 1889. — *Карницкий.* Массаж гр. клетки при оживл. мним. повор. по сп. *Laborde'a*. Вр. 1894. — *Гаенторн.* К леч. асфиксии новорожденного. Пр. СПб. М. О. 1894. — *Панченко.* Об оживлении мнимом по сп. *Laborde'a*. Совр. М. и Гиг. 1896. — *Гогоцкий.* Сл. посмертного насыльств. родоразрешения жив. двойнями. Ж. А. 1897. — *Минкевич.* Нов. сп. оживления при мним. смерти новорожденных. Р. Вр. 1902. I С. Р. А. — *Соколов.* Сп. иск. дыхания у детей. Пед. 1912. — *Копаневич.* К вопросу о технике оживления новор. в асфиксии. Вр. Г. 1912.

Vagitus uterinus. В связи с преждевременною дыхательною деятельностью еще находящегося в родовых путях матери ребенка стоит загадочное явление внутриутробного крика детей (*vagitus uterinus*). Многие заслуживающие пол-

ного доверия наблюдатели были свидетелями этого явления. Другие сомневаются в самой его возможности; так, напр., *Дедюлин* объясняет случаи *vagitus uterini* просто передвижением газов в кишках матери. Если, однако, исключить такие маловероятные случаи, как случай *Карашевича*, где *vagitus uterinus* был слышен еще во время беременности, за 6 дней до родов, то можно думать, что внутриутробный крик еще не родившегося младенца — явление возможное, но только при известных условиях; такими условиями являются, с одной стороны, преждевременная дыхательная деятельность плода, с другой — наличие воздуха в матке и вообще в половом канале (*Гришорович*).

Лаптев. Странный плач. Др. Э. 1846. — *Лазаревич*. Крик ребенка в мат. руке и неск. слов об оживлении мнимоум. новорожденных. Совр. М. 1860. — *Дедюлин*. *Vagitus uterinus*. Пр. О. Р. В. 1868-69. — *Лесовой*. Крик плода в утробе матери. Отч. Р. Вр. 1907. — *Гришорович*. Сл. внутриутробного крика (*vagitus uterinus*). Р. Вр. 1909. — *Карашевич*. Сл. внутриутробного крика ребенка. Вр. Г. 1914.

VI. Акушерские операции.

Общие правила подачи оперативной акушерской помощи.

Как мы уже видели из предыдущих отделов, беременность и роды очень часто осложняются такими аномалиями, которые или в интересах матери, или в интересах плода, или в интересах той и другого вместе требуют оперативной помощи. Поэтому в акушерстве уже с древнейших времен был выработан целый ряд разнообразных видов оперативного вмешательства. В новейшее время круг этого вмешательства не только не сузился, а напротив, обнаруживает тенденцию все расширяться, причем это особенно относится к операциям, имеющим хирургический характер. Операция кесарского сечения, напр., которая прежде производилась лишь очень редко, теперь применяется *larga manu* при таких осложнениях беременности и родов, где она ранее никогда не практиковалась. Одновременно с расширением круга оперативного вмешательства в новейшее время разработана и его методика, придуманы совершенно новые его формы, а в технику старых введены существенные изменения.

Прежде, чем перейти, далее, к обзору отдельных видов акушерских операций, скажем несколько слов относительно тех общих правил, которыми должен руководиться современный акушер в своей оперативной деятельности.

Первое из этих правил гласит, что всякая операция должна быть произвима лишь при наличии показаний к ней и необходимых для ее выполнения условий. В каждом отдельном случае врач-акушер прежде, чем приступить к операции, должен взвесить, показана ли она, и может ли она быть выполнена. При этом показания к операции не следует ставить слишком широко. Надо помнить, что, с одной стороны, каждой операции присущи свои невыгодные стороны, а с другой, — что роды представляют собою физиологический акт, и природа располагает такими средствами, которые нередко

делают постороннее вмешательство излишним даже в тех случаях, где оно на первый взгляд кажется неизбежным. Не надо забывать, далее, что вопрос о неизбежности оперативного вмешательства в той или иной форме зачастую даже опытным акушером может быть решен лишь после долговременного выжидания и наблюдения за ходом родов. Можно прямо сказать, что умение выжидать столь же необходимо для врача-акушера, как и умение оперировать.

Второе правило подачи оперативной акушерской помощи требует, чтобы каждая операция производилась в соответствующей обстановке. Последняя является настолько важной, что ее надобно непременно принимать в расчет при оценке необходимых для операции условий. Там, напр., где врач, находясь в больничной обстановке, может смело решаться на кесарское сечение, — в условиях домашней обстановки он вынужден бывает ограничиваться краниотомией. Сам закон, повидимому, именно так смотрит на дело. В русских судебно-медицинских анналах известно громкое дело д-ра X., который был осужден за то, что решился на операцию кесарского сечения по относительным показаниям в обстановке простой крестьянской хаты.

Обстановка акушерских операций должна быть прежде всего такова, чтобы она гарантировала по возможности асептическое производство их. Если даже и нормальные роды должны быть проводимы асептически, то тем более требуют этого оперативные роды. При последних, с одной стороны, опасность занесения инфекции в половые пути роженицы руками оператора, инструментами и пр. — гораздо значительнее, а с другой — организм роженицы, будучи гораздо более ослаблен травмой, является менее устойчивым против заразы. В виду этого все, что при операции так или иначе соприкасается с половыми частями роженицы, должно быть по возможности освобождено от микробов, и прежде всего должны быть обеззаражены руки оперирующего. Какими способами производится в акушерской практике обеззараживание рук, — об этом уже была речь в своем месте; здесь упомянем лишь, что именно при акушерских операциях заслуживают широкого применения резиновые перчатки. Вторым объектом обеззараживания должны быть вводимые при операциях в половой канал роженицы инструменты.

Большинство акушерских инструментов в настоящее время нарочно делается из такого материала (никкелированная сталь), который бы допускал их обеспложивание путем кипячения; кроме того, в видах более легкой механической очистки современные акушерские инструменты делаются так, чтобы на их поверхности было возможно меньше углублений, скважин и пр., где бы могла скопиться грязь. Для стерилизации инструментов кипячением каждое благоустроенное родовспомогательное учреждение располагает специальными стерилизаторами, в условиях же частной практики для данной цели можно довольствоваться более простыми приспособлениями, — для обеспложивания инструментов небольшого объема можно, напр., прокипятить их в обыкновенной кастрюле, для стерилизации же более громоздких инструментов, каковы щипцы, перфораторы, краниокласты и т. п., можно воспользоваться самоваром.

На возможность асептического производства операции надо обращать главное внимание и при выборе, в условиях частной практики, комнаты и ложа для операции. Кроме того, конечно, для производства акушерских операций надо выбирать по возможности просторную и хорошо освещенную комнату. Что касается ложа для операции, то некоторые из акушерских операций могут быть производимы на обыкновенной постели, другие лучше производить на поперечной кровати, третьи — на обыкновенном или специально устроенном столе.

Третье правило, которое надо иметь в виду при подаче оперативной акушерской помощи, требует для большинства акушерских операций известной подготовки больных. Подготовка эта имеет своей целью главным образом опять-таки возможность асептического выполнения операции, а также улучшение пространственных отношений в малом тазу. С этой последнею целью перед каждой акушерской операцией надо позаботиться о тщательном опорожнении мочевого пузыря и прямой кишки у больной. Мне неоднократно приходилось убеждаться, что такие операции, как напр., поворот наружными приемами, не удаются, пока мочевой пузырь у больной наполнен, и, наоборот, после опорожнения его та же самая операция удается замечательно легко. После того роженице придается то или другое положение, соответствующее характеру пред-



Рис. 579. Ногодержатель Отта.

стоящей операции. Так, напр., для операции кесарского сечения больная укладывается в таком же положении, как и для всякого чревосечения, т. е. на спине с вытянутыми ногами, для операций же, производимых чрез рукав, а также для симфизиотомии, пубитомии и пр., ее помещают задом на краю стола или поперечной постели, причем согнутые и разведенные ноги ее, одетые в стерильные чулки, удерживаются или ногодержателем *Otta*, или руками помощников, а при недостатке последних просто ставятся на придвинутые к поперечной кровати стулья. Иногда выгодно бывает придавать роженице во время операции *Walcher*'овское положение; в таком случае раздвинутые ноги больной опускаются книзу и в таком положении удерживаются. В некоторых случаях, наконец, — именно, при вправлении выпавшей пуповины или ручки, — представляется выгодным придавать роженице или коленно-локтевое, или боковое положение.

Когда подлежащая операции больная уложена в том или ином положении, у ней производится дезинфекция операционного поля, — перед операцией кесарского сечения, напр., дезинфицируется передняя брюшная стенка так же, как это выше было указано для дезинфекции рук, перед операциями же, производимыми *per vaginam*, — вульва и рукав. Волосы с наружных половых частей тщательно сбриваются, затем вульва мо-

стоящей операции. Так, напр., для операции кесарского сечения больная укладывается в таком же положении, как и для всякого чревосечения, т. е. на спине с вытянутыми ногами, для операций же, производимых чрез рукав, а также для симфизиотомии, пубитомии и пр., ее помещают задом на краю стола или поперечной постели, причем согнутые и разведенные ноги ее, одетые в стерильные чулки, удерживаются или ногодержателем *Otta*, или руками помощников, а при недостатке последних просто ставятся на придвинутые к поперечной кровати стулья. Иногда выгодно бывает придавать роженице во время операции *Walcher*'овское положение; в таком случае раздвинутые ноги больной опускаются книзу и в таком положении удерживаются. В некоторых случаях, наконец, — именно, при вправлении выпавшей пуповины или ручки, — представляется выгодным придавать роженице или коленно-локтевое, или боковое положение.



Рис. 580. Положение роженицы при акушерских операциях на краю стола, с ногами, удерживаемыми помощниками.

ется, при помощи люфы, теплой водой с зеленым мылом и смазывается иодной настойкой, а рукав также сначала промывается водою с мылом, причем осторожно протирается кусками стерильной ваты, потом смазывается *tinctura jodi*. В конце концов на вульварную область накладывается или стерильный полотняный передник с отверстием, соответствующим половой щели, удерживаемый завязками вокруг бедер, или просто сложенная в несколько



Рис. 581. Положение роженицы при акушерских операциях на поперечной кровати с ногами, опирающимися на стулья.

рядов стерильная марля, в которой простригается ножницами отверстие соответственно *rima pudendi*, и которая прихватывается к кожным покровам несколькими скобками *Michel'*я.

Некоторые из акушерских операций могут быть производимы без всякого наркоза, другие же, напротив, требуют усыпления, и притом глубокого. Делать, напр., поворот при неглубоком наркозе сплошь и рядом оказывается менее удобно, чем без всякого наркоза. Для наркоза при акушерских операциях большею частью берется хлороформ, который переносится роженицами обычно очень хорошо, но можно также пользоваться эфиром, смешанным хлороформ - эфирным наркозом и пр.

Крассовский. Опер. акушерство со включением уч. о неправильностях ж. таза. Изд. З. СПб. 1885. — *Ануфриев*. Основы и задачи оперативного акушерства. Р. Вр. 1904. — *Личкус*. О хирург. направлении в акушерстве. Ж. А. 1910. — *Феноменов*. Оперативное акушерство. Изд. С. СПб. 1910. — *Каннеицер*. Лекции по оперативному акушерству. СПб. 1910. — *Гарфункель*. О хирург. направлении в акушерстве. Пр. В. 1912.

Классификация акушерских операций. Акушерские операции обыкновенно делятся на две категории — на операции подготовительные и операции родоразрешающие, и хотя, как справедливо замечает *Феноменов*, это деление является искусствен-

ным, оно все же отвечает характеру большинства акушерских операций, почему и будет нами удержана. Подготовительные акушерские операции в свою очередь могут быть подразделены на 4 группы: а) операции, имеющие целью преждевременное прерывание беременности, б) операции, имеющие целью устранение препятствий для родов со стороны мягких частей родового канала, в) операции, имеющие целью устранение препятствий для родов со стороны твердых частей родового канала, т. е. таза, и г) операции, имеющие целью устранение препятствий для родов со стороны различных составных частей плодного яйца. Что касается родоразрешающих акушерских операций, то они также подразделяются на группы: а) операции, имеющие целью извлечение не уменьшенного в объеме (resp. живого) плода *per vias naturales*, б) операции, имеющие целью извлечение уменьшенного в объеме (т. е. всегда мертвого) плода *per vias naturales*, и в) операции, имеющие целью извлечение плода чрез искусственно образованные пути.

А. Подготовительные акушерские операции.

а) Подготовительные акушерские операции, имеющие целью преждевременное прерывание беременности.

Как и естественный перерыв беременности, искусственное прерывание последней может быть произведено в любой из десяти месяцев ее. При этом, если беременность искусственно прерывается в течение первых 7 месяцев, когда плод еще не жизнеспособен, — мы говорим об искусственном выкидыше; если же искусственное прерывание беременности имеет место в течение последних 3 месяцев, когда рождается жизнеспособный плод, то такое прерывание носит название искусственных преждевременных родов.

Искусственный выкидыш. По вопросу о круге применения и показаниях к искусственному выкидышу существует два диаметрально-противоположных взгляда: между тем, как некоторые представители французского акушерства думают, что искусственный выкидыш должен быть совершенно вычеркнут из списка акушерских пособий, ибо плод имеет такое же право на существование, как и мать, и мы не должны покупать ценою

его жизни не только здоровья, но и самой жизни матери, другие смотрят на дело так, что жизнь утробного плода должна быть всецело предоставлена усмотрению носящей его матери, — что беременная во всякое время вправе потребовать от врачей удаления плода так же, как она вправе потребовать удаления какого-нибудь нароста на ее теле. Между этими двумя крайними мнениями существует целый ряд промежуточных, среди которых опять-таки можно различать два основных: одни врачи, юристы и государственные люди склонны ограничивать круг применения искусственного выкидыша исключительно медицинскими показаниями, другие вдобавок к последним выдвигают и социальные показания. Защитники этого второго взгляда ссылаются на то, что и при назначении других лечебных средств врачу волей-неволей приходится руководиться не только чисто-медицинскими требованиями, но и такими условиями, как, напр., бóльшая или меньшая состоятельность больного и пр., — что никто из врачей не пошлет, напр., бедняка на дорогой заграничный курорт и т. п. Кроме того, расширяя круг применения искусственного выкидыша за счет социальных показаний, представители этого взгляда надеются найти здесь верное средство против той эпидемии преступных выкидышей, которая за последнее время охватила, можно сказать, весь цивилизованный мир, и благодаря которой многое множество женщин, прибегающих для избавления от нежелательной беременности к услугам подпольных специалистов и специалисток, платится не только своим здоровьем, но и жизнью. Принадлежа лично к сторонникам этого взгляда, по крайней мере впредь до фактического социального переустройства современного общества, я все же считаю необходимым подчеркнуть, что в настоящее время законы всех цивилизованных стран ограничивают круг применения искусственного выкидыша исключительно медицинскими показаниями.

· Каковы же, спрашивается, эти показания? В общем искусственный выкидыш показывается там, где мы, жертвуя жизнью плода, спасаем от опасности жизнь или здоровье матери, т. е., другими словами, искусственный выкидыш показывают те болезни или вообще патологические состояния материнского организма, при которых продолжение беременности является источником

опасности для матери, перерыв же беременности устраняет эту опасность.

В частности, общепризнанным показанием к искусственному выкидышу является, прежде всего, абсолютное сужение таза. Если у беременной с общесуженным тазом истинная кон'югата равняется $b^{1/2}$ сант. и меньше, а с плоским — b сант. и меньше, то у такой женщины роды доношенного плода *per vias naturales* являются невозможными, даже при условии предварительного уменьшения объема плода. Такой беременной предстоит одно из двух — или, доносив до конца, подвергнуться затем операции кесарского сечения, или подвергнуться прерыванию беременности в форме искусственного выкидыша. Выбор должен быть предоставлен самой матери. При этом врач вправе указать последней, что в настоящее время, будучи производимо в надлежащей обстановке, кесарское сечение, сохраняя жизнь ребенка, является операцией малоопасною и для матери, хотя, конечно, и теперь опасность этой операции выше, чем опасность искусственного выкидыша.

Далее, показаниями к искусственному выкидышу являются те болезни беременных, которые ухудшаются с продолжением беременности и исчезают или улучшаются с прекращением ее. Среди таких болезней надо прежде всего отметить неукротимую рвоту беременных. Необходимо, однако, оговориться, что показанием к выкидышу служит настоящая неукротимая рвота, которая не поддается никаким другим средствам и тяжело отражается на общем состоянии беременных, вызывая резкий упадок питания, обмороки, лихорадку, уменьшение количества мочи, альбуминурию и пр. Как известно, вообще рвота у беременных представляет весьма частое явление, причем нередко она длится продолжительное время и повторяется очень часто, но не влечет за собою резкого истощения, — подобная рвота не мешает продолжению беременности. С другой стороны при действительно неукротимой рвоте не следует медлить с прерыванием беременности слишком долго, так как подобное промедление может оказаться губельным для больных.

Следующая болезнь, показывающая прерывание беременности в форме искусственного выкидыша, — это нефрит. При этом острый нефрит требует искусственного выкидыша без всякого

промедления; что же касается хронического нефрита, то при нем беременным должно быть сначала назначено соответственное лечение, как лекарственное (коффеин и пр.) и гидротерапевтическое (ванны), так и диететическое (молочная диета), и лишь в тех случаях, где, несмотря на это лечение, свойственные нефриту припадки (отеки, альбуминурия и т. п.) будут ухудшаться, следует прибегнуть к прерыванию беременности. То же самое следует сказать и относительно „почки беременных“.

Некоторые авторы (у нас — *Тиканадзе*) стоят за производство искусственного выкидыша и при пиэлите, хотя мне лично приходилось неоднократно наблюдать, что, при соответствующей терапии, припадки пиэлита у беременных стихают, и необходимость прибегать к такой крайней мере, как прерывание беременности, отпадает.

Относительно болезней сердца почти все авторы согласны, что эти заболевания служат показанием к искусственному выкидышу лишь при наличии расстройств компенсации сердца.

В новейшее время как среди врачей-терапевтов, так и среди специалистов-акушеров все более и более укореняется мнение, что и легочная буторчатка у беременных также должна фигурировать в ряду показаний к искусственному выкидышу. Еще более является показанным последний при туберкулезе гортани.

К числу заболеваний беременных, при которых искусственный выкидыш является действительным целебным средством, относится также хорая или пляска св. Витта, принимающая угрожающее течение, а некоторые авторы сюда же относят и эпилепсию (*Соколов*).

Перечисленным не исчерпывается, однако, список тех болезней, при которых врачам приходится прибегать к искусственному прерыванию беременности в первых месяцах ее. Существует и еще целый ряд заболеваний беременных, где тщательное наблюдение за состоянием матери может вынудить врача к необходимости пожертвовать жизнью утробного плода для сохранения здоровья и даже жизни носящей его женщины.

В учебниках акушерства среди болезней, показывающих искусственный выкидыш, мы находим также некоторые заболевания половых органов и плодного яйца, напр., ущемление перегнутой назад беременной матки, рак маточной шейки, пузырный занос и пр. Однако утверждать, что при этих заболеваниях показан искусственный выкидыш, т. е., что мы вынуждены бываем в интересах матери жертвовать жизнью плода, в строгом смысле нельзя. *Incarceratio uteri gravidi retroflexi* вынуждает иногда прибегать к проколу плодного яйца с целью уменьшения объема матки, и прокол этот большею частью действительно ведет к выкидышу, но этот последний является здесь лишь нежелательным последствием, с которым приходится мириться. При операбельном раке маточной шейки у беременных мы предпринимаем экстирпацию матки, причем плод, будучи нежизнеспособным, в первые семь месяцев беременности при этой операции неизбежно погибает; но и здесь смерть плода бывает лишь побочным явлением. При пузырном заносе большею частью не может быть и речи о пожертвовании жизнью плода в интересах матери, так как здесь плод в большинстве случаев гибнет и без нашего вмешательства, и пр.

С практической точки зрения весьма важным является вопрос, в какое время лучше прибегать к операции искусственного выкидыша. Конечно, в некоторых случаях акушер не имеет возможности выбора: если у беременной, напр., быстро развиваются угрожающие явления острого нефрита, — врач должен немедленно прервать беременность, какой бы месяц ее ни шел. В тех случаях, однако, где возможность выбора времени не исключена, надо избирать такой срок беременности, когда операция искусственного выкидыша наиболее проста технически и безопасна для больной. *Феноменов* считает таким временем конец 2 и начало 3 месяца, а затем — вторую половину 5 месяца. В конце 2 или начале 3 месяца беременности производить выкидыш выгодно потому, что в это время плацента еще не вполне сформировалась, и связь плодного яйца с маткой не так прочна, с конца же 5 месяца, хотя связь плодного яйца с маткой является более интимной, но зато мускулатура матки

бывает более развита, и ее сокращения дают больший эффект в смысле изгнания яйца и остановки кровотечения. Присоединяясь к этому мнению, я нахожу, что и ранее конца 2 месяца операция искусственного выкидыша является и простою технически, и безопасною для больной.

Что касается техники производства искусственного выкидыша, то среди женщин, даже принадлежащих к интеллигентным классам, распространено убеждение, что врачи обладают лекарственными средствами для прерывания беременности. И действительно, в лекарственном арсенале имеется целый ряд т. наз. плодогонных или экболических средств. Казачий можжевельник (*Juniperus sabina*), рута, алое, ромашка и пр. — относятся к их числу. Но дело в том, что в медицинских дозах средства эти могут вызвать выкидыш лишь у таких беременных женщин, которые, как говорится, предрасположены к нему, т. е. страдают заболеваниями (инфантилизм, эндометрит и т. п.), на почве которых прерывание беременности происходит очень легко. У женщин с совершенно нормальной половой сферой средства эти или должны быть приняты в отравляющих дозах, чтобы вызвать выкидыш, или даже и в этих дозах не в состоянии бывают прервать беременность. То же самое следует сказать о горячих ножных ваннах, приставлении горчичников к бедрам и т. п. средствам, которые также вызывают прерывание беременности лишь там, где она развивается на патологической почве. Чтобы наверное вызвать выкидыш у беременной с совершенно здоровою половую сферой, нужны иные меры, большею частью механического характера, ассортимент которых также является довольно значительным, — назовем внутриматочные впрыскивания иодной настойки, глицерина и пр., зондирование матки, введение в нее бужей и ламинарий, прокол плодного яйца, тампонацию нижнего отдела маточной полости полоскою марли, метрейриз, вычерпывание плодного яйца ложкой, удаление его корнцангом, полипными щипцами, наконец, просто пальцами и т. д.

Введение в матку бужей и т. п. предметов составляет излюбленный метод, к которому прибегают „специалисты“ и „специалистки“ по преступным выкидышам. Нередко при

этом случается, что они перфорируют матку, и введенный инструмент оказывается где-либо в брюшной полости, откуда его приходится извлекать путем рукавного или абдоминального чревосечения. В русской медицинской литературе описан целый ряд подобных случаев — *Ширшовым, Вастеном, Якобсоном, Какушкиным, Окинчицем* и др. Иногда беременные с целью вызвать выкидыш сами вводят себе в матку буж, как это было, напр., в случае, описанном *Бекманом*. В деревнях для этой цели пользуются такими орудиями, как веретена. Разумеется, при этом дело не обходится без повреждений полового канала, иногда очень тяжелых. В случае *Бекмана* беременная бужем перфорировала себе матку, и последнюю пришлось удалить. В моей практике был случай, где крестьянка, пытаясь ввести в матку веретено, в нескольких местах проколола *septum vesico-vaginale*, вызвав образование нескольких пузырно-влагалищных свищей; прервать беременность ей, однако, не удалось, впоследствии она благополучно разрешилась от бремени в срок, а несколько месяцев спустя мною были зашиты у ней все фистулы.

Каждый из перечисленных способов вызывания искусственного выкидыша имеет своих защитников. В заведомой мною клинике применяются главным образом два из них в зависимости от того, прерывается беременность в самые ранние месяцы, или в более поздние, а именно, если искусственный выкидыш приходится производить в первые $2\frac{1}{2}$ месяца беременности, — я предпочитаю вычерпывание плодного яйца resp. выскабливание матки, если же беременность приходится прерывать в более поздние сроки на 5, 6 или 7 месяцах, то я считаю наиболее целесообразным способом метрейриэ. Вычерпывание плодного яйца в общем производится таким же образом, как и выскабливание небеременной матки. Да и в самом деле особенно на 1 и 2 месяцах при этой операции приходится удалять не столько яичевые массы, сколько децидуально измененную маточную мукозу. Смотря по проходимости или растяжимости цервикального канала, вычерпывание плодного яйца можно делать или под наркозом, или без наркоза: если мы имеем дело с беременной, у которой цервикальный канал уже раскрыт

под влиянием начавшейся родовой деятельности, или легко растяжим, как то бывает у многорожавших, то наркоз обычно является излишним; если же выкидыш надо производить у первобеременных с закрытым цервикальным каналом, стенки которого притом неподатливы, как это часто бывает при т. наз. конической шейке (*collum conicum*), то лучше захлороформировать пациентку. Последняя укладывается на край операционного стола с согнутыми и разведенными ногами, которые удерживаются ногодержателем *Отта*, вульва освобождается от волос путем сбривания, затем дезинфицируется обычным образом, таким же образом дезинфицируется и рукав, влагалищная часть фиксируется парюю пулевых щипцов, затем производится бужами достаточное (до N 15 или N 16) расширение цервикального канала (у многорожавших женщин с растяжимыми стенками последнего расширение это можно производить просто пальцами — сначала одним указательным, потом двумя). Когда канал шейки будет достаточно расширен, оператор берет ложку, лучше в виде петли (см. рис. 440), с тупыми краями, и, введя ее до дна, удаляет содержимое маточной полости — яйцо и отпадающую оболочку. Для более совершенного удаления последней можно пользоваться и ложкой с острыми краями. Движения ложки в верхних частях маточной полости лучше контролировать путем ощупывания другой рукой через брюшные покровы. Обыкновенно, пока яйцо удалено не все, операция сопровождается кровотечением, иногда довольно значительным; прекращение кровотечения служит лучшим доказательством того, что операция достигла своей цели.

Когда главная масса продуктов беременности удалена, оперирующий еще раз очищает маточную полость легкою петлеобразною ложкой с острыми краями, обращая особенное внимание на трубные углы и ребра матки, затем промывает полость последней, при помощи катетера с двойным током, горячею (38° R.) жидкостью, напр., водой с прибавкой иодной настойки в количестве чайной ложки на кружку. Если после того матка сократится хорошо и совершенно перестанет кровоточить, то какая-либо тампонация ее является излишнею; в противном случае лучше затампонировать ее полосой стерильной марли, которую надо удалить часов через 8.

Производя операцию вычерпывания плодного яйца, надо помнить, что стенки беременной матки отличаются рыхлостью, особенно, если они кроме того, изменены под влиянием какого-либо болезненного процесса, чаще всего воспалительного (наиболее дурною репутацией в этом отношении пользуется т. наз. *myometritis oedematosa*). При таких условиях маточные стенки легко могут быть повреждены — или бужами, при предварительном расширении цервикального канала, или кюреткой — при выскабливании, или корнцангом — при удалении отделенных частей яйца. По *Завьялову* такие повреждения имеют место в 0,5% всех выскабливаний при выкидышах. При сквозных повреждениях петли кишек легко могут выпасть через перфорационное отверстие, а если оперирующий примет их за яйцевые оболочки, — могут быть разорваны или оторваны от брыжжейки. Не так давно в русском врачебном мире нашумел случай *Майзеля*, где при выскабливании по поводу выкидыша оператор, перфорировав матку, удалил 4 аршина выпавшей тонкой кишки; к счастью вскоре затем произведенное чревосечение, при котором целостность кишечного тракта была восстановлена, спасло больную. *Васильев* сообщает о другом случае, где, после перфорации матки, тонкая кишка была оторвана от брыжжейки на протяжении около 50 сант.; произведенная резекция кишки также увенчалась успехом. *Завьялов* описал два случая перфорации матки при выскабливании, из которых в одном была произведена перерезка тонкой кишки, в другом — втягивание в перфорационное отверстие, с последующей странгуляцией *S homani*; в первом случае у больной был сделан боковой анастомоз кишки, во втором — резекция $\frac{1}{2}$ -аршина кишки, причем в обоих случаях больные выздоровели. Мы могли бы привести и еще целый ряд случаев тяжелых повреждений матки при производстве искусственного выкидыша, описанных в русской литературе. В случае *Гинзбурга*, напр., при этой операции произошел самопроизвольный разрыв матки; то же самое имело место в случае *Орлова* при введении бужей в ретрофлексированную беременную матку; в одном случае *Парийского*, кроме прободения матки при выскабливании был произведен отрыв кишки от брыжжейки на протяжении 1 аршина; в

случае *Бересневича* при выскабливании у беременной были повреждены матка, мочевой пузырь и толстая кишка и пр., и пр. Все эти случаи красноречиво свидетельствуют, какой осторожности требует производство искусственного выкидыша помощью вычерпывания плодного яйца.

Если после опорожнения матки применяется последовательное промывание ее полости, то, само собою разумеется, оно должно быть производимо с соблюдением тех же предосторожностей, как и промывание матки после родов. Поучительный в этом отношении случай был описан *Туняковым*, где больная погибла через 2 недели после удаления плодного яйца, — яко бы от неизвестной причины; то обстоятельство, однако, что эта больная после операции ежедневно по 3 раза подвергалась внутриматочным промываниям горячим раствором сулемы 1:2000, делает причину ее смерти более, чем вероятною.

Чтобы вызвать искусственный выкидыш на 5 или 6 месяцах, всего лучше, расширив цервикальный канал пальцами или бужами, ввести в матку баллон (или конический — *Champetier de Ribes'a*, или бисквитообразный — *Barnes-Fehling'a*, или обыкновенный грушевидный), наполнить его жидкостью и, прикрепив к его трубке тяжесть в $1\frac{1}{2}$ —2 фунта, перекинутую чрез ножную часть кровати, оставить беременную на некоторое время в покое. Обыкновенно у нее вскоре после того начинается сократительная деятельность матки, баллон изгоняется, а затем рождается и яйцо — целиком, или после предварительного лопания пузыря.

Труднее всего бывает определить наилучший способ удаления плодного яйца во второй половине 3 и первой половине 6 месяцев. Выскабливание здесь представляется затруднительным в виду большого объема полости маточного тела и в виду значительной массы подлежащих удалению частей, для метрейриза же объем матки представляется слишком малым. Лучше в эти месяцы пользоваться для операции искусственного выкидыша смешанными приемами — сначала расширить цервикальный канал или бужами, или пальцами, или небольшим баллоном, затем удалить яйцо частью пальцами же, частью полипными щипцами, частью кюреткой с тупыми краями. Еще лучше, однако,

избегать, по возможности, производить в этой стадии беременности искусственное ее прерывание.

Современное хирургическое направление в акушерстве коснулось и разбираемой области, именно, *Селицкий* предлагает для искусственного прерывания беременности производить влагалищное кесарское сечение (*hysterotomia vaginalis anterior*). По его мнению, операция эта предпочтительнее всех других способов искусственного прерывания беременности, 1) при заболеваниях, требующих особенно бережного отношения к больной (бугорчатка, болезни почек), 2) при патологических изменениях шейки, 3) там, где другие способы оказываются недействительными.

Красовский. Операция иск. зак. выкидыша и пр. В.-М. Ж. 1858. — *Флоринский*. От. наз. зак. иск. выкидыше. Пр. О. Р. Вр. 1863-64. — *Зайдлер*. Разбор показаний к изк. зак. выкидышу. Арх. С. М. 1869. — *Лямбль*. Сл. повр. пол. органов при производстве выкидыша и пр. Пр. Харьк. М. О. 1870. — *Лазаревич*. Выкидыш на 3 мес. беременности. М. В. 1870. — *Коробкин*. О плодоизгнании в суд.-мед. отн. Дисс. М. 1876. — *Васильев*. Солекислый пилокарпин, как средство экболическое. Вр. В. 1879. — *Добровольский*. Пилокарпин, как экб. средство. М. В. 1879. — *Мерш*. К вопр. о действии пилокарпина на бер. матку. Вр. В. 1879. — *Соловьев*. Возбуждение выкидыша по сп. тампонации полости бер. матки Ж. А. 1889. — *Тупяков*. Сл. иск. прерывания беременности. Вр. 1892. — *Гинзбург*. Туберкулез и неукр. рвота берем., как показание к опор. матки. Ж. А. 1893. — *Гинзбург*. Иск. зак. выкидыш по сп. *Peltzer*'а и пр. Ежен. 1894. — *Гиммельфарб*. Об. иск. перерыве берем. при лег. бугорчатке. Ю. М. Г. 1895. — *Муратов*. О выскабливании, как спос. производства иск. зак. выкидыша. Ж. А. 1896. — *Львов*. Вычерпывание пл. яйца, как сп. производства иск. зак. выкидыша. Ж. А. 1896. — *Мандельштам*. Нек. зам. по вопр. о производстве зак. иск. выкидыша выскабливанием. Ж. А. 1896. — *Закс*. К вопр. о производстве зак. иск. выкидыша. Ж. А. 1897. — *Матвеев*. Быстрый сп. производства иск. зак. выкидыша. Тр. М. А. О. 1897. — *Харитоновский*. К вопр. о выскабл. матки и пр. Дисс. Юр. 1899. — *Бондарев*. Болезни сердца, как показ. к прер. беременности. Юб. Сб. Киев. А. О. — *Львов*. О показаниях к произв. перерыва берем. при болезнях почек. Вр. 1899. — *Соколов*. Сл. иск. прерывания беременности при эпилепсии и комб. пор. сердца. Мед. О. 1904. — *Орлов*. Сл. полного

разрыва матки и пр. Изв. В.-М. А. 1906. — *Ширшов*. Ж. А. 1906. — *Майзель*. Отч. Ж. А. 1908. — *Личкус*. К вопр. о прободении матки и повр. внутренностей при выскабливании. Р. Вр. 1908. — *Якобсон*. Отч. Вр. Г. 1909. — *Парийский*. К вопр. о прободении матки при выскабливании. Р. Вр. 1909. — *Маджуинский*. К каз. преступных выкидышей. М. Об. 1909. — *Вастен*. Б. Г. 1909. *Иванов*. Сл. выкидыша с инор. телом внутри матки. Вр. Г. 1909. — *Безебек*. О прободениях матки. Отч. Пр. В. 1909. — *Выдрин*. К вопр. о перфорации матки при выскабл. по пов. аборта. Отч. Пр. В. 1909. — *Какушкин*. Ж. А. 1910. — *Окинчиу*. Неск. сл. перфорации матки при произв. прест. иск. вык. Ж. А. 1910. — *Шабад*. Иск. выкидыш с принц. точки зрения. Отч. Пр. В. 1910. — *Вебер*. О необх. установить строгие показания для произв. иск. рановр. родов и выкидышей. Ж. А. 1910. — *Александров*. Об иск. перерыве берем. при болезнях сердца и легких. Ж. А. 1910. — *Якобсон*. К вопр. о перфорации матки. Сб. *Отта*. — *Хажинский*. К вопр. о прободении матки. Ж. А. 1911. — *Туканадзе*. Pyelitis gravidarum, как показание к иск. прерыванию беременности. Ж. А. 1911. — *Окинчиу*. Два сл. нахождения инор. тел в бр. полости. Ж. А. 1912. — *Личкус*. Выкидыш с суд.-мед. т. зрения. Р. Вр. 1912. — *Окинчиу*. Как бороться с прест. выкидышем? IV С. Р. А. — *Вьподский*. Иск. выкидыш как с научн., так и с общ. т. зрения. Там же. — *Гинзбург*. Сл. кес. сечения при необ. показании. Сиб. Вр. Г. 1913. — *Селуцкий*. Hysterotomia vag. ant. при иск. и произв. прерывании бер. М. 1913. — *Рогов*. Метрейриз в акуш. Ж. А. 1914. — *Бересневич*. Редк. сл. повреждения матки. Ж. А. 1914. — *Орлов*. О прест. выкидыше и мерах борьбы с ним. Отч. Вр. Г. 1914. — *Исполатов*. Иск. вык. и соц. показания. Вр. Г. 1914. — *Кривский*. Сл. прободения матки и пр. Ж. А. 1914. — *Кауфман-Китроссер*. Сл. перфорации матки во вр. производства искусств. выкидыша. Ж. А. 1915. — *Воскресенский*. К вопр. о прободении матки с повреждением внутренности при выскабливании. Сиб. В. 1915. — *Васильев*. Сл. перфорации матки с повреждением кишечника. Ж. А. 1916. — *Завьялов*. Два сл. прободения матки. Ж. А. 1916. — *Бекман*. Несколько замечаний по пов. 2 случаев прободения матки и пр. Ж. А. 1916. — *Брюно*. Случай прободения матки. Отч. Вр. Г. 1916.

Искусственные преждевременные роды. Между тем, как производя искусственный выкидыш, мы имеем в виду исключительно выгоды матери, при производстве искусственных преждевременных родов, т. е. искусственном прерывании беременности в последние три ее месяца, мы преследуем интересы иногда

матери, иногда плода, а иногда той и другого одновременно. Некоторые акушеры, преимущественно французские, исходя из того положения, что при этой операции появляются на свет недоношенные, т. е. будто бы маложизнеспособные дети, склонны оспаривать самое право искусственных преждевременных родов на существование в списке акушерских пособий. Однако громадное большинство видит в них благодетельную операцию, сравнительно безопасную для матери и способствующую появлению на свет значительного процента не только живых, но и вполне жизнеспособных детей. В своей практике мне пришлось однажды наблюдать крайне демонстративный случай, наглядно иллюстрирующий значение данной операции, где женщина с узким тазом (С. v. $7\frac{1}{2}$ —8 сант.) 9 раз благополучно перенесла последнюю, причем шестеро детей появились у ней на свет живыми, и пятеро из них благополучно пережили младенческие годы, развиваясь совершенно нормально.

Одним из главных показаний к операции искусственных преждевременных родов являются средние степени сужения таза (истинная кон'югата не меньше 7—8 сант.). При таких сужениях доношенный плод имеет мало шансов пройти при родах чрез тазовое кольцо, да и для матери срочные роды при этих условиях часто сопровождаются тяжелыми осложнениями, тогда как, если беременность прерывается преждевременно, — родовой акт в большем числе случаев протекает благоприятно и для матери, и для ребенка.

Основанные на обширном материале данные *Холмогорова* свидетельствуют, что смертность детей при искусственных преждевременных родах равняется $33\frac{1}{3}$ ‰, тогда как при срочных родах у тех же женщин детская смертность доходит до 43,4 ‰. Разница в пользу первых была бы еще более значительна, если бы в прежнее время у акушеров не существовало тенденции прибегать к искусственным преждевременным родам при слишком значительных сужениях таза; уже в силу этого акушеры должны были прерывать беременность сравнительно рано, когда жизнеспособность плода является очень невысокою. *Крассовский*, напр., считает высшим пределом сужения таза, при котором позволительно прибегать

к данной операции, С. в. в 6,5 сант. для плоских тазов и 7,5 для общесуженных. Позднейший автор, *Феноменов*, уже настаивает, что искусственные преждевременные роды не должны быть предпринимаемы у женщин с плоским тазом при кон'югате менее 7 сант., сохраняя для общесуженных тазов предельный размер кон'югаты в 7,5 сант., а еще позднейший, *Попов*, определяет эти пределы в 7,5 сант. для плоского таза и 8 — для общесуженного; такие же пределы ставит и *Холмогоров*. Что касается низшего предела сужения таза, при котором данная операция может быть применяема, то его определяют обычно в 9—9¹/₂ сант. для плоских тазов и в 9,5—10 сант. — для общесуженных.

Как уже сейчас упоминалось, чем значительнее сужение таза, тем, конечно, раньше надо вызывать искусственные преждевременные роды. По *Крассовскому* при тазах с С. в. в 6,5 сант. беременность надо прерывать на 29-й неделе, при С. в. в 6,5—8 сант. — на 30—32-й неделе, а при С. в. в 8—9 сант. — на 33—36-й неделе. По измерениям *Окинчица* большой поперечный размер головки плода на 32-й неделе равен 8,1 сант., на 34-й — 8,2, на 36-й — 8,4; отсюда при тазах с С. в. в 7³/₄ сант. надо вызывать роды на 32-й неделе, при С. в. в 8 сант. — на 34-й и при С. в. в 8¹/₄ сант. — на 36-й. Так как, однако, слишком раннее прерывание беременности дает чересчур большой процент нежизнеспособных детей, то отсюда, в связи с ограничением предела сужения таза, вытекает необходимость в ограничении и времени, когда есть смысл производить данную операцию. По *Холмогорову* в интересах ребенка ее следует производить не ранее 33-й недели, другие стоят за еще более поздний срок — 35-ю и даже 36-ю неделю. *Попов*, кроме того считает искусственные преждевременные роды не подходящею операцией для первобеременных, у которых, благодаря энергичной работе изгоняющих сил и меньшему объему ребенка, и срочные роды при средних степенях сужения таза могут пройти благополучно. У повторнобеременных мы, напротив, уже из анамнеза узнаем, в какой степени тазовое кольцо является препятствием для родов, нужно ли поэтому прибегать к преждевременному вызыванию последних, и в какой приблизительно срок.

Чтобы определить максимальный утробный возраст плода т. е. наибольшую величину головки, при которой последняя может пройти через тазовое кольцо данных размеров, можно, помимо изложенных выше указаний, пользоваться еще данными, получаемыми при искусственном вколачивании головки в таз или при измерении ее по таким способам, как, напр., способ *Perret* (при помощи тазомера у беременной измеряется, чрез брюшные стенки, лобно — затылочный размер, из полученной величины вычитаются $2\frac{1}{2}$ сант., и тогда мы узнаем величину малого поперечного размера головки).

Следующим показанием к операции искусственных преждевременных родов являются те же заболевания матери, при которых мы прибегаем и к искусственному выкидышу, т. е. болезни почек, сердца и пр., если только их течение принимает угрожающий характер в более поздние стадии беременности. Здесь, подобно искусственному выкидышу, наше вмешательство преследует главным образом интересы матери, но, ставя их на первом плане, не мешает иметь в виду и интересы плода, т. е. по возможности прибегать к прерыванию беременности уже тогда, когда плод достаточно жизнеспособен.

Далее, операция искусственного вызывания преждевременных родов заслуживает применения при т. наз. привычном умирании плода. В практике не так редко встречаются случаи, когда у беременных утробный плод сохраняется живым лишь до известного месяца беременности, а затем, — обыкновенно в конце последней, — признаки жизни плода постепенно ослабевают, и плод погибает. Чаще всего это бывает на почве *lues'a*, хотя мне пришлось наблюдать случаи привычного умирания плода и там, где исследование отца и матери по *Wassermann'u* давало отрицательный результат, да и анамнез исключал возможность сифилиса. При таком привычном умирании плода есть основание вызвать появление его на свет тогда, когда плод еще проявляет признаки жизни. Так как при этом операция искусственных преждевременных родов предпринимается исключительно в интересах ребенка, то, конечно, лучше производить ее тогда, когда плод не только жив, но и достаточно развит для внеутробной жизни.

В отдельных случаях, наконец, к искусственным преждевременным родам приходится прибегать, опять таки исключительно в интересах плода, при тяжелых болезнях матери, неизбежно угрожающих окончиться смертью до окончания срока беременности. Если у беременной, напр., имеется рак какого-либо органа в последних стадиях, если она страдает неизлечимой чахоткою и др. болезнями, если она подверглась тяжелым ранениям, ожогам и т. п., причем летальный исход для нее еще до конца беременности неминуем, то, разумеется, чтобы спасти по крайней мере ребенка, есть смысл вызвать преждевременно появление его на свет. При этом, стремясь иметь ребенка по возможности более развитым, акушер не должен, в то же время и слишком затягивать свое вмешательство, — не должен доводить его до того времени, когда у матери уже наступит агония, неблагоприятно отражающаяся и на плоде.

Как и вызывание искусственного выкидыша, вызывание искусственных преждевременных родов может быть производимо различными способами. Для этой цели разными авторами были в свое время предложены: горячие влагалищные души (способ *Kiwisch'a*), тампонация рукава (марлевым тампоном в виде платочка, набитого шариками из гигроскопической ваты, полосой марли, кольпейринтером), электризация постоянным и прерывистым током, бужирование матки (способ *Krause*), метрейризм, впрыскивание между стенками матки и плодным пузырем различных жидкостей (способ *Cohen'a*) и в частности глицерина (способ *Pelzer'a*), разрыв плодного пузыря и пр. Каждый из этих способов имеет своих сторонников. Для правильной оценки наилучших способов надо принимать во внимание: 1) надежность способа, 2) быстроту достигаемого при помощи его эффекта, 3) безопасность его и, наконец, 4) простоту его техники. Опыт убедил меня, что, если рассматривать перечисленные способы с этих точек зрения, то предпочтение должно быть отдано двум из них, а именно, во-первых, бужированию матки по *Krause*, во-вторых, метрейризу.

Для вызывания искусственных преждевременных родов по первому из этих способов пользуются гибкими бужами и катетерами из различного материала, — резины, целлулоида (*Феноменов*), металла (*Кнарр*) и пр. Солидные бужи для этой цели

предпочтительнее катетеров. Бужи следует брать достаточной длины (32—35 сант.) и толщины (я обыкновенно употребляю бужи толщиной в тонкий карандаш, употребляемый для записных книжек), они не должны быть слишком мягки и, в то же время, должны быть достаточно эластичны, чтобы не проткнуть плодного пузыря, а особенно — маточной стенки; наконец, они должны быть таковы, чтобы их легко можно было привести в асептическое состояние. С этой последней точки зрения особенно заслуживают металлические бужи, из спиральной проволоки, предложенные *Knapp*'ом, которые можно легко стерилизовать кипячением. К сожалению, мне не пришлось иметь их в своем распоряжении. Я до сих пор обыкновенно пользовался для вызывания искусственных преждевременных родов французскими или английскими эластическими бужами, которые обеззараживаются путем вытирания их кусками стерильной ваты, смоченной в 70° спирте и растворе сулемы 1:1000 и сохраняются в этом последнем растворе; перед самым употреблением нелишне опустить буж на короткое время в 2% раствор лизола.



Рис. 582. Вызывание искусственных преждевременных родов бужированием по Krause (по Sagwey'ю).

Так как плацента лежит на передней стенке матки, то буж введен по задней.

Самая техника бужирования с целью вызывания искусственных преждевременных родов такова: уложив беременную, у которой прямая кишка и мочевой пузырь должны быть предварительно опорожнены, на край стола в том положении, какое обычно применяется при влагалищных операциях, обеззараживают у ней вульву и рукав, раскрывают последний зеркала-ми, смазывают влагалищную часть и цервикальный канал иодной настойкой, захватывают переднюю губу *p. vaginalis* пулевыми щипцами и, взяв буж, осторожно проталкивают его между маточной стенкой и яйце-

выми оболочками до тех пор, пока он почти весь не уйдет в матку.

В руководствах по оперативному акушерству неодинаково решается вопрос о том, следует ли вводить буж по передней или по задней стенке матки. Одни авторы, напр. у нас *Феноменов* советуют вводить буж, имея в виду значительную антефлексию беременной матки, между заднею стенкой и плодным яйцом, другие предпочитают вводить его по передней стенке, так как сзади конец бужа при введении может упереться в мыс крестцовой кости. Я лично не придаю большого значения тому, спереди или сзади вводится буж, но во всяком случае его следует вводить не с той стороны, где лежит плацента, дабы не вызвать частичной ее отслойки. Обыкновенно рука оперирующего чувствует, когда буж легко скользит между оболочками и маточной стенкой; если буж, далеко не дойдя до дна матки, наталкивается на какое-то препятствие, — всего вернее, что он встретил плаценту; тогда его следует извлечь назад, — причем, в случае попадания его в место прикрепления плаценты, конец его оказывается запачканным кровью, — и затем вновь ввести с другой стороны.

Когда буж войдет в матку настолько, что из наружного зева будет выдаваться лишь небольшой (в 3—4 сант.) конец его, конец этот обертывают полоскою стерильной или иодоформированной марли, тампонируют остатком полосы рукав и переносят беременную со стола в постель, где и оставляют в покое. В большинстве случаев через несколько часов у нее наступают родовые боли, и начинается раскрытие зева. Когда последний раскроется пальца на 3—4, буж можно извлечь; если же, напротив, пройдет полсутки или сутки, а схваток не будет, или они будут очень слабы, тогда можно прибегнуть к введению второго бужа; наконец, если и эта мера не даст желаемого результата, то акушеру остается прибегнуть к какому-либо иному способу вызывания родовой деятельности, лучше всего к метрейризу.

В свое время *Баландин* высказал мнение, что введенный в матку буж вызывает родовую деятельность не благодаря механическому раздражающему действию на стенку матки, а

в силу того, что он вызывает известную степень эндометрит. Выходило, стало быть, по *Баландину*, что асептичность бужа является при данной операции скорее вредною, чем полезною. Об'яснение это, однако, не выдерживает критики: несомненно, — как в свое время указал *Писемский*, — что бужирование ведет к прерыванию беременности именно благодаря производимому бужем механическому раздражению маточной стенки, и что асептичность бужа есть такое условие, к которому непременно должен стремиться акушер.

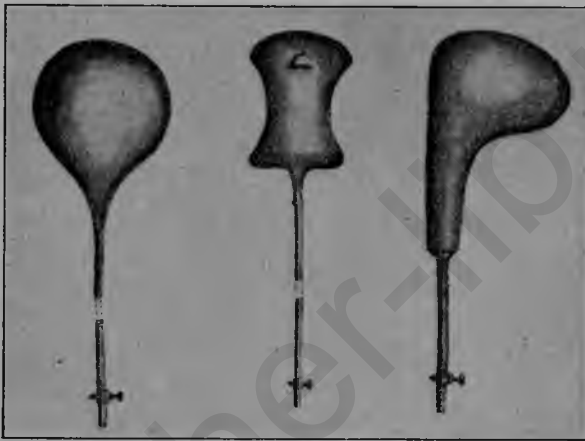


Рис. 583 — 585. Различные формы кольпейринтеров (метрейринтеров).
 № 583 — Грушевидный кольпейринтер *Braun'a*, № 584 — бисквитообразный кольпейринтер *Barnes'a*, № 585, — конический кольпейринтер *Champetier de Ribes'a-Müller'a*.

По общепринятому в настоящее время взгляду наиболее надежным средством добиться родовой деятельности беременной матки является метрейриз. В акушерской практике применяются метрейринтеры различной формы: шарообразные и грушевидные (*Braun'a*), конические (*Champetier de Ribes'a*) и бисквитообразные (*Barnes'a*, и *Fehling'a*); они делаются, далее, из различного материала — или из резины (метрейринтеры *Braun'a*, *Barnes'a* и *Fehling'a*), или из прорезиненной шелковой материи (метрейринтер *Champetier de Ribes'a*); наконец, они могут быть различной величины. Каждый метрейринтер обыкновенно бывает снабжен более или менее длиною резиновою трубкою, через

которую он может быть наполняем жидкостью, и которая может быть запираема или посредством крана, или при помощи зажима, или просто путем завязывания ее в узел.

Для вызывания искусственных преждевременных родов по этому способу беременная помещается в такое же положение, как и при введении бужей, вульва и рукав у ней обеззараживаются обычным образом, затем влагалище раскрывается зеркалами, влагалищная часть фиксируется при помощи пулевых щипцов, цервикальный канал

раскрывается, буде надо, расширителями или просто пальцем, затем врач корнцангом или специальными щипцами захватывает сложенный в продольном направлении пустой метрейринтер (разумеется, предварительно приведенный в асептическое состояние) и вводит его в нижнюю часть полости маточного тела. После этого корнцанг удаляется, метрейринтер наполняется какою-либо жидкостью (прокипяченной водой, стерильным физиологическим раствором или каким-нибудь слабым антисептическим раствором), трубка его запирается, и беременная переносится со стола на постель, где к концу трубки метрейринтера привязывается тяжесть при помощи бичевки, перекидываемой через ножную дужку кровати. При этом метрейринтер, оказывая давление на маточные стенки по соседству с внутренним зевом, отчасти чисто механически' раскрывает канал шейки, отчасти ведет к этому, вызывая родовую деятельность матки (обыкновенно уже вскоре после его введения у беременной начинаются схватки). Спустя несколько часов, баллон большею частью оказывается уже лежащим в рукаве. Если после этого раскрытие шейки окажется недостаточно значительным, или начавшиеся схватки ослабеют, то



Рис. 586. Вызывание искусственных (преждевременных родов метрейризом (по Sarwey-ю).

трубка его запирается, и беременная переносится со стола на постель, где к концу трубки метрейринтера привязывается тяжесть при помощи бичевки, перекидываемой через ножную дужку кровати. При этом метрейринтер, оказывая давление на маточные стенки по соседству с внутренним зевом, отчасти чисто механически' раскрывает канал шейки, отчасти ведет к этому, вызывая родовую деятельность матки (обыкновенно уже вскоре после его введения у беременной начинаются схватки). Спустя несколько часов, баллон большею частью оказывается уже лежащим в рукаве. Если после этого раскрытие шейки окажется недостаточно значительным, или начавшиеся схватки ослабеют, то

можно тем же порядком ввести другой метрейринтер, более значительной емкости.

При достаточном раскрытии зева можно также усилить ослабевшие потуги, впрыскивая роженице питуитрин и др. препараты мозгового придатка, или просто заставляя ее ходить.

Как уже было сказано выше, введение метрейринтера является самым надежным способом вызвать у беременной родовую деятельность. Однако нельзя сказать, чтобы и этот способ вызывания искусственных преждевременных родов был совершенно свободен от невыгодных сторон: совершенно справедливо указывают, напр., что метрейринтер, отесняя головку, мешает вступлению ее в таз, — что при его применении сравнительно часто наблюдается выпадение пуповины и пр. Однако все эти неизбежные недостатки метрейриза стусеваются пред его полезным действием. Во всяком случае все остальные способы, предложенные для данной цели, значительно уступают метрейризу: они или слишком ненадежны (как, напр., горячие влагалищные души по способу *Kiwisch'a*), или дают иногда эффект лишь спустя продолжительное время (как разрыв плодного пузыря), или сопряжены с значительными опасностями (как впрыскивания в матку по *Cohen'u* и в частности впрыскивания глицерина по *Pelzer'y*), или слишком громоздки и требуют для своего выполнения сложного инструментария (электризация).

Берг. Об иск. прежд. родах. В.-М. Ж. 1856. — *Лазаревич.* Впрыскивания в матку и пр. Киев. 1858. — *Леонин.* О прежд. иск. родах. Дисс. М. 1859. — *Антоновский.* Сравн. взгляд на упр. спос. возбуждения иск. пр. родов. Дисс. СПб. 1864. — *Каминский.* Иск. пр. роды. М. М. Г. 1865. — *Лазаревич.* О предупр. разр. пром. с опис. сл. иск. возбуждения родов впрыскиваниями ко дну матки. М. М. Г. 1872. — *Фавр.* Сл. иск. возбуждения пр. родов. М. В. 1879. — *Тупяков.* О прим. электричества в ак. практике. Вр. 1884. — *Чунихин.* Сл. иск. возб. родов и пр. Там же. — *Сыромятников.* Возбуждение иск. пр. родов инд. током. Вр. 1885. — *Личкус.* Возб. иск. пр. родов инд. током. Вр. 1886. — *Баландин.* Об операции иск. пр. родов. I *Пир. С.* — *Красковский.* Иск. пр. роды при нефрите, осл. отслойкой сетчатки в обоих глазах. Пр. Киев.

А. О. 1888. — *Соколовский*. Инд. ток при пр. родах. Тр. М. А. О. 1888. — *Жданов*. Об иск. пр. родах. Отч. *Иноевса*. 1890. — *Добронравов*. К каз. операции возб. иск. родов при общес. тазе. Лет. X. О. в М. 1891. — *Писемский*. Неск. слов об асептике при возб. пр. родов. Пр. Киев. А. О. 1891. — *Орлов*. К каз. иск. пр. родов. Р. Мед. 1891. — *Соловьев*. Иск. пр. роды при узком тазе. Вр. 1894. — *Цехановецкий*. Мат. к стат. иск. пр. родов. Дисс. СПб. 1894. — *Александров*. Об иск. родах на основ. данных М. Род. Зав. за посл. (1885—1894) 10-летие. Тр. М. А. О. 1894. — *Саваневский*. Сл. иск. пр. родов при общес. тазе. М. Об. 1897. — *Побединский*. О возб. пр. родов при пом. кольнейринтера и баллона *Champetier de Ribes'a*. Ж. А. 1897. — *Мамутов*. Вызывание пр. родов по видоизм. сп. *Тарнье*. Ж. А. 1898. — *Собестианский*. Видоизм. одного из спос. вызывания пр. родов. Пр. Кавк. М. О. 1898 - 9. — *Груздев*. К уч. об иск. прежд. родах. Вр. 1899. — *Миронов*. Иск. пред. беременности с пом. эл. тока. Ж. А. 1901. — *Выгодский*. Эл. ток, как средство для иск. прер. беременности. Ж. А. 1902. — *Побединский*. К тер. при узком тазе. Ж. А. 1903. — *Арутинский-Долгоруков*. Метрейриз по сп. *Барнеса* и пр. Ж. А. 1904. — *Собестианский*. К технике иск. возб. пр. родов. Дисс. Харьк. 1906. — *Сагатов*. Прер. берем. при пом. эл. тока. Ж. А. 1908. — *Окинциу*. О выборе времени для произв. прежд. родов. Р. Вр. 1910. — *Холмогоров*. Иск. прежд. роды. Ж. А. 1911.

б) *Подготовительные акушерские операции, имеющие целью устранение препятствий для родов со стороны мягких частей родового канала.*

Разрез маточного зева (hysterostomatia). Операция эта чаще всего применяется в тех случаях, где или в интересах матери, или в интересах плода, или в интересах той и другого одновременно является желательным быстрое окончание родов, а между тем не имеется налицо необходимого условия для извлечения плода — достаточного раскрытия наружного зева. В качестве примера, когда выступает нужда в этой операции, может быть приведена эклампсия: как уже было указано выше, при эклампсии и для матери, и для плода выгодно возможно быстрое родоразрешение, для которого нередко приходится прибегать или к щипцам, или к извлечению плода за тазовый конец; если единственным препятствием для выполнения этих операций

является малое раскрытие наружного зева, то для устранения этого препятствия акушер и может прибегнуть к данной операции. Вторым примером осложнений родового акта, показывающих эту операцию, является наступающая асфиксия утробного плода, от чего бы она ни зависела; для спасения ребенка в подобных случаях необходимо возможно скорее извлечь его; если этому извлечению мешает недостаточно раскрытый наружный зев, то опять-таки выступает показание к *hysterostomatomii*.

Из этих примеров видно, что в большинстве случаев *hysterostomatomia* является подготовительной мерой для других акушерских операций из разряда родоразрешающих. Реже она показывается, как самостоятельная операция. Последнее имеет место, напр., при рубцовых изменениях в окружности наружного зева, препятствующих раскрытию последнего под влиянием естественных сил. Далее, операция эта заслуживает применения при т. наз. ригидности наружного зева, обычно наблюдаемой у пожилых перворожениц и обуславливающей также замедленное раскрытие зева. Наконец, в качестве показания к *hysterostomatomii* обычно указывается конглоутинация наружного зева — феномен, разобранный нами в отделе патологии родов, при котором, как уже было указано, иногда можно обойтись и без рассечения наружного зева.

По каким бы показаниям ни производилась данная операция, необходимым условием для ее выполнения является полное изглаживание шейки. К *hysterostomatomii* можно прибегать там, где внутренний зев раскрыт вполне, и полость цервикального канала слилась с полостью тела матки в одно общее вместилище, недостаточно же раскрытым является лишь наружный зев.

Техника, разбираемой операции очень проста. Где возможно, лучше производить ее под контролем зрения. Для этого, придав роженице то положение, в каком производятся все влагалищные операции, и раскрыв рукав у ней ложкообразными зеркалами, захватывают край зева или длинным пинцетом, или пулевыми щипцами и делают на нем радиальные надрезы ножницами, изогнутыми под углом, — *Scanzoni* или *Olshausen'a*. Можно также делать эти разрезы под контролем осязания. Для этого вводят в рукав два пальца левой руки, указательный и

средний, и один из них, именно средний, вводят в зев и помещают на внутренней поверхности цервикальной стенки, а другой, указательный, располагают снаружи, правой же рукой берут ножницы и делают ими надрез под руководством пальцев. Можно, конечно, подобным же образом поступать и при раскрытии рукава зеркалами, комбинируя контроль зрения с контролем осязания.



Рис. 587. Hysterostomatia под контролем зрения.

Число надрезов и их местоположение может быть при данной операции различно. В тех случаях, где операция эта является подготовительной для родоразрешающих акушерских операций, я довольствуюсь двумя надрезами — с правой и левой стороны; другие предпочитают присоединять к этим двум надрезам еще два, сверху и снизу, или один, только снизу, — так, что общее число надрезов будет равняться 4 или 3. Наконец, в случаях, где hysterostomatia производится по поводу рубцового сужения зева, причем рубец имеет ограниченное протяжение, можно довольствоваться даже и одним надрезом, через область рубца.

Равным образом различною является и величина надрезов. Там, где операция производится по поводу рубцового сужения зева, величина эта зависит от величины рубца, который должен быть рассечен вплоть до здоровых тканей. В случаях, далее, где hysterostomatia приходится делать для того, чтобы устранить препятствие для последующего извлечения плода, я рекомендую надрезывать окружность зева вплоть до сводов. Наконец если данная операция предпринимается по поводу ригидности зева и особенно по поводу конглоутинации его, можно довольствоваться самыми маленькими надрезами, не более

¹/₂-сант.: дело в том, что зачастую при ригидном зеве нерастяжимым является лишь узкое кольцо ткани, непосредственно ограничивающее просвет зева; стоит разрезать его, — и дальнейшее раскрытие зева происходит беспрепятственно.

Описывая разбираемую операцию, нельзя умолчать о недостатках ее, из которых крупнейшим является тот, что, если вслед за нею быстро происходит изгнание плода, — естественное или искусственное, — то ткани мягких частей родового канала иногда глубоко рвутся по линии надрезов, причем эти разрывы иногда сопровождаются значительными кровотечениями; последние могут происходить и из самих надрезов, если при них будут перерезаны крупные сосуды.

Необходимо также отметить, что, если при этой операции сделаны надрезы значительной длины, то их непременно надо зашивать тотчас по окончании родов, ибо обусловливаемое ими зияние зева не остается без вредных последствий для здоровья оперированной.

Миквиц. О кров. расширении мало открытого и о кров. растворении сов. закрытого мат. рыльца. Др. З. 1845. — *Лазаревич.* Сужения отверстия матки во вр. родов. Совр. М. 1861. — *Иванов.* К вопр. о кров. расширении зева во вр. родов. Дисс. Киев. 1895.

Некровоное расширение маточной шейки. Сейчас уже было сказано, что *conditio sine qua non* применения *hysterostomatomii* и это — полное изглаживание шейки. В практике нередко, однако, встречаются случаи, когда интересы матери или плода требуют возможно быстрого родоразрешения, а между тем маточная шейка еще не изглажена, цервикальный канал еще имеется, как таковой. В подобных случаях акушеру приходится прибегать к расширению не только одного наружного маточного зева, но и всего цервикального канала, которое может быть выполнено или некровавым, или кровавым путем.

Некровавое расширение цервикального канала может быть, в свою очередь, достигнуто различными способами, из которых на первом месте может быть поставлен метрейриз. Описывая операции, имеющие целью преждевременное прерывание беременности, мы уже имели случай описать в существенных

чертах и этот способ. Здесь добавим лишь, что для достаточного расширения шейки при срочных родах следует употреблять метрейринтеры значительной емкости, — вмещающие 500-700 куб. сант. жидкости, и что метрейринтеры из нерастяжимого материала, как, напр., из прорезиненной шелковой ткани (*Champetier de Ribes'*овские) более удобны для данной цели, чем чисто-резиновые. Последние, кроме того, легче при наполнении рвутся, в особенности, если они долго лежали без употребления, и ткань их утратила свою эластичность; для сохранения последней рекомендуется держать их в глицерине или, по крайней мере, время от времени смазывать их поверхность глицерином.

Имея в виду неудобства применения чисто резиновых метрейринтеров, *Коптев* предложил употреблять для расширения шейки баллон особого устройства, в стенки которого впаяны нерастяжимые нити, а верхняя часть снабжена нерастяжимой же прокладкой.

Расширение несглаженной шейки при помощи метрейринтера представляет то огромное преимущество, что оно является в полном смысле некровавым, — стенки цервикального канала при нем не рвутся, так же, как это бывает при физиологическом раскрытии шейки. Невыгодную сторону этого способа представляет то, что расширение цервикального канала, нужное для родоразрешения, достигается при метрейризе довольно медленно. Между тем в практике часто встречаются случаи, где, напр., наступающая асфиксия плода требует более быстрого приготовления родовых путей для извлечения ребенка. Для подобных случаев *Bossi* предложил свой способ некровавого расширения шейки при помощи особого расширителя.

Расширитель *Bossi* представляет собою инструмент, состоящий, в первоначальной модификации, из 4 ветвей, концы которых могут раздвигаться при вращении винта, находящегося на рукоятке. Рукоятка снабжена, кроме того, шкалою, которая позволяет контролировать степень раздвигания ветвей. Инструмент этот в сложенном виде вводится в цервикальный канал (причем введение его лучше производить под контролем зрения, т. е. раскрыв влагалище у роженицы ложкообразными зеркалами),

загем оператор начинает медленно вращать винт рукоятки, сложенные концы ветвей начинают раздвигаться и постепенно

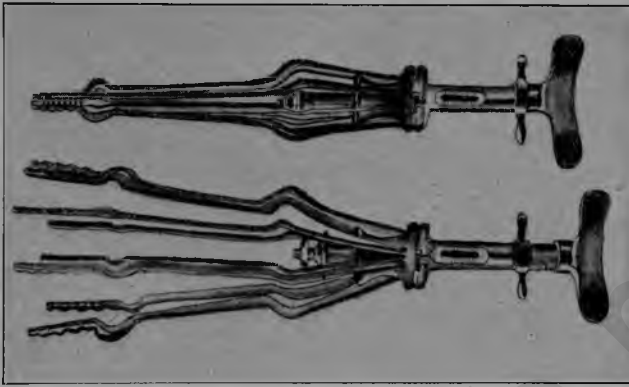


Рис. 588. Расширитель Bossi с ветвями в закрытом (вверху) и раскрытом (внизу) виде.

растягивают канал шейки до таких размеров, какие необходимы для извлечения плода.



Рис. 589. Расширение маточной шейки дилататором Bossi.

Встреченный сначала весьма сочувственно некоторыми видными представителями акушерской науки, метод *Bossi* не нашел, однако, себе широкого распространения. Дело в том, что, как показал опыт, способ этот далеко не заслуживает названия некроваго, — инструмент *Bossi* сравнительно часто дает глубокие надрывы шейки, сопровождающиеся сильными кровотечениями.

Чтобы избежать этих надрывов, следует производить вращение

винта и, стало быть, раздвигание ветвей инструмента, возможно медленнее. Сам *Bossi* рекомендует употреблять на полное раскрытие цервикального канала своим инструментом до $1\frac{1}{2}$ часов; другие советуют производить дилатацию по *Bossi* с такою скоростью, чтобы канал шейки расширялся не более $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ сант. в 2 мин., а так как при полном раскрытии он должен иметь не менее 10—11 сант., то, значит, вся операция должна длиться от 20 до 40—45 мин. Но при медленном раздвигании ветвей инструмента утрачивается главное преимущество способа *Bossi* — его быстрота. С целью уменьшить опасность надрывов были сделаны, далее, попытки усовершенствовать самую конструкцию инструмента: сам *Bossi* предложил надевать на оконечности ветвей особые колпачки, благодаря которым область действия каждой ветви становится шире; другие, находя 4 ветви инструмента недостаточными, увеличили это число до 8—16, благодаря чему просвет расширяемого канала, вместо четвероугольной формы, сохраняет физиологически присущую ему более округлую форму. *Райх* рекомендует, достигши при этом способе трех пальцев раскрытия, извлекать дилататор и вновь вводить его для дальнейшего расширения, но так, чтобы ветви инструмента давили уже на другие места шеечного канала. Все эти предосторожности не гарантируют, однако, от надрывов, особенно при ригидной или патологически измененной шейке. Поэтому *Греков* и др. советуют применять расширитель *Bossi* преимущественно в тех случаях, где шейка уже изглажена; но при изглаженной шейке, как мы видели, быстрое расширение зева может быть гораздо проще и скорее достигнуто путем *hysterostomatomi*'и.

В акушерской практике применяется и расширение закрытого цервикального канала путем методического бужирования — бужами *Hegar*'а и др. конструкций. Но этим путем можно добиться лишь незначительного раскрытия матки, во всяком случае далеко недостаточного для последующего извлечения доношенного или почти доношенного плода. Поэтому при далеко зашедшей в своем развитии беременности дилатация бужами применяется лишь в качестве подготовительной меры для других методов расширения, напр., для введения метрейринтера.

Многие акушеры (напр., у нас *Крашевский*, *Абрамович* и др.) получили очень хорошие результаты и от расширения шейечного канала у беременных и рожениц просто пальцами, без всяких инструментов. Расширение это можно производить одного рукою, — в цервикальный канал вводится сначала лишь указательный палец, затем два, три и т. д., а под конец все пять пальцев, раздвигая которые, акушер и растягивает канал шейки. Или же последний можно растянуть двумя руками, введя сначала оба указательных пальца, тыльными сторонами друг к другу, и разводя их, а затем — указательные и средние пальцы обеих рук, указательные, средние и безымянные, наконец — по четыре пальца той и другой руки, включая и мизинцы. Можно также сначала раскрывать шейку пальцами одной руки, а затем — обеих. Подобное ручное расширение цервикального канала особенно заслуживает применения у повторнобеременных, где шейка является легко растяжимой. Разумеется, при этой операции необходимо заботиться о возможно асептическом состоянии пальцев; лучше всего применять при ней или резиновые перчатки, или стерильные резиновые чехлы на отдельные пальцы.

Побединский. Иск. расширение мат. зева в акуш. практике. Тр. М. Ак. О. 1895. — *Левинич* и *Ахшарумов*. Об иск. расширении мат. зева при пом. кольнейринтера. *Брауна*. Сб. Тр. В. СПб. Род. 3. 1898. — *Строганов*. О метрейризе. Ж. А. 1902. — *Коптев*. К вопр. об иск. раскрытии матки. Р. Вр. 1903. — *Греков*. К вопр. об инстр. расширении мат. зева. Ж. А. 1903. — *Строганов*. Оценка способов форс. родоразрешения. I. С. Р. А. — *Столыпинский*. Сл. применения расширителя. *Bossi*. Отч. Пр. В. 1903. — *Митрофанов*. О расширении мат. шейки инструментом. *Bossi*. Ж. А. 1903. — *Крашевский*. Двуручное расширение мат. шейки во вр. родов. Р. Вр. 1905. — *Кочевуцкий*. О метрейризе. Ж. А. 1905. — *Грауэрман*. О метрейризе в акушерстве. Отч. Р. Вр. 1906. — *Райх*. Неск. слов по пов. техники применения инстр. *Bossi* при эклампсии. Ж. А. 1907. — *Засман*. Совр. состояние вопроса о насильств. родоразрешении. Сиб. В. Г. 1910. — *Абрамович*. К вопр. о пальцевом расширении зева для быстрого окончания родов. Ж. А. 1916.

Влагалищное кесарское сечение. В виду того, что до сих пор еще не имеем в своем распоряжении вполне совершенных

способов добиваться полного раскрытия канала несглаженной маточной шейки некровавым путем, у современных акушеров проявляется тенденция — достигать в подобных случаях цели кровавым путем, именно, путем т. наз. влагалищного кесарского сечения.

Обязанная своим введением в акушерскую практику *Dührssen*'у и за последнее время получившая широкое распространение, между прочим, и у нас в России, операция эта показывается преимущественно там, где или состояние матери, или состояние плода требуют возможно быстрого родоразрешения, а между тем последнее является невыполнимым вследствие недостаточного раскрытия канала шейки. С этой точки зрения влагалищное кесарское сечение является, собственно говоря, подготовительной акушерской операцией; так как, однако, оно в большинстве случаев сопровождается немедленным извлечением плода, то некоторые авторы относят его к разряду родоразрешающих операций.

В частности среди показаний к этой операции чаще всего фигурируют: эклампсия, требующие прекращения беременности тяжелые заболевания легких, сердца, почек и пр. у матери, преждевременная отслойка плаценты, сидящей на нормальном месте, предлежание последа и угрожающая асфиксия плода, отчего бы она не зависела. К влагалищному кесарскому сечению прибегают также в случаях патологических изменений шейки, делающих невозможным правильное раскрытие, напр., при рубцовых стенозах шейки, при ее ригидности, при раке шейки и т. п. Некоторые акушеры применяли, наконец, эту операцию при септическом эндометрите у беременных, при ущемлении перегнутой назад беременной матки и пр.

Что касается, далее, условий, наличие которых необходима для выполнения данной операции, то, если последняя предпринимается в интересах плода, — таз у матери не должен быть сужен настолько, чтобы последующее извлечение плода в неуменьшенном виде встретило препятствия. Там, где операция делается в интересах матери, особенно при мертвом плоде, данное условие в значительной степени опадает, — у матери не должно быть лишь абсолютного сужения таза. Желательно, затем, чтобы маточная шейка у беременной была

доступна для оперативных манипуляций, — чтобы она легко низводилась, и рукав не был слишком узок, хотя эти условия и не являются непереносимыми: отсутствие их можно обойти соответствующим изменением техники операции. Напротив, высокое стояние предлежащей части и отсутствие сглаживания шейки являются непереносимыми условиями для данной операции, которая при глубоком вколачивании предлежащей части и сглаженной шейке должна быть заменяема другими. Равным образом для влагалищного кесарского сечения нужна известная обстановка — клиническая или больничная.

Подготовка больной к влагалищному кесарскому сечению заключается в том, что у нее опораживаются мочевой пузырь и прямая кишка, больная укладывается на край стола с согнутыми и разведенными ногами, половой канал у ней тщательно дезинфицируется, и применяется общий наркоз.

Переходя затем к описанию техники операции, заметим, что, если она предпринимается у первобеременных с очень узким рукавом, то последний надо расширить при помощи т. наз. *Schuchardt*'овского разреза — глубокого продольного надреза рукавной стенки и тазового

дна, проводимого посредине расстояния между задней спайкой и одним из седалищных бугров. Перевязав брыжжущие сосуды и закрыв поверхность разреза марлевым компрессом, оперирующий раскрывает рукав ложкообразными зеркалами (у повторнобеременных с широким рукавом операция прямо начинается с этого) и низводит шейку, или захватив ее за влагалищную часть двумя пулевыми щипцами, или введя в матку метрейринтер и потягивая за его трубку. Пос-

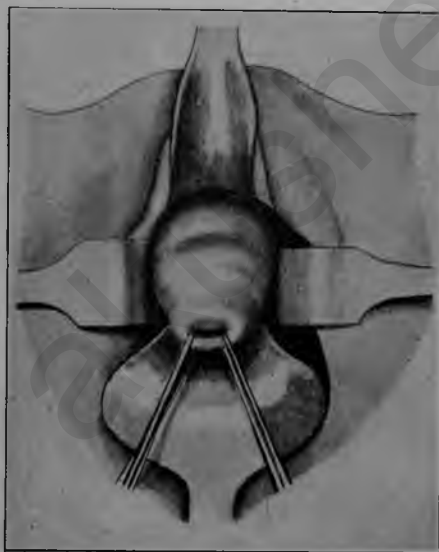


Рис. 590. Низведение маточной шейки при влагалищном кесарском сечении (по Hammerschlag'у).

ледний прием особенно заслуживает применения там, где ткани шейки слишком рыхлы, отечны и легко рвутся при потягивании за пулевые щипцы; кроме того введенный метрейринтер сдавливает подлежащую разрезу стенку матки и таким образом уменьшает кровотечение из нее; наконец, выскальзывание метрейринтера достаточных размеров из матки служит во время операции указанием, что разрез имеет надлежащую величину.

Низведя шейку, оперирующий проводит продольный разрез через середину передней стенки рукава, начинающийся на поперечный палец от наружного мочеиспускательного отверстия и доходящий, через передний свод, почти до верхушки влагалищной части. Другие предпочитают сначала делать небольшой поперечный разрез в переднем своде, затем присоединять к нему продольный разрез по передней стенке рукава — так, что в общем получается фигура в виде буквы Т. Через верхнюю, т. е. ближайшую к *portio vaginalis*, часть этого разреза указательным пальцем, обернутым куском марли, отсепаровывается от шейки мочевой пузырь. Затем подобным же образом отслаивается брюшина от нижнего сегмента маточного тела, причем целостность маточно-пузырного кармана брюшины сохраняется. Как известно, брюшина в области нижнего сегмента бывает очень рыхло соединена с подлежащим миометрием, и потому отслойка ее совершается здесь легко. Когда это сделано, защищают пузырь и маточно-пузырную складку брюшины введенным в рану зеркалом, после чего передняя стенка шейки и нижнего сегмента на всем протяжении оказывается доступною глазу оперирующего, и последний прямыми ножницами сначала рассекает в продольном направлении переднюю стенку шейки, затем,

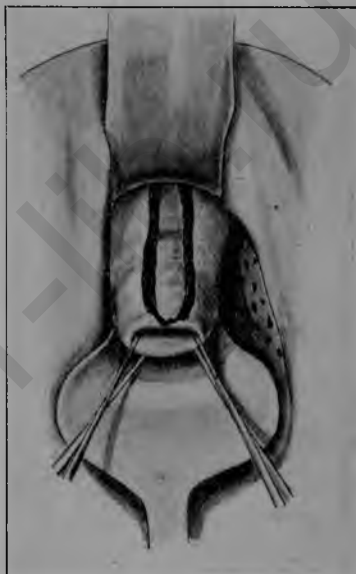


Рис. 591. Разреза передней стенки рукава, переднего свода и слизистой оболочки влагалищной части при влагалищном кесарском сечении (по Hammerschlag'y).



Рис. 592. Разрез передней стенки цервикального канала при влагалищном кесарском сечении (по Hammerschlag'y).

ринтер) и рукавные зеркала, извлекает чрез сделанное отверстие ребенка или при помощи щипцов за головку, или, после поворота за ножку, ожидает в течение нескольких минут отделения плаценты, затем удаляет ее или по *Crede*, или внутренними приемами, после чего приступает к зашиванию сначала маточного разреза, потом рукавной стенки („консервативное влагалищное кесарское сечение“); в некоторых случаях, впрочем, — там именно, где операция производится при наличии рака шейки, септического эндометрита и т. п., — за опорожнением матки следует удаление ее через разрез.

переместив выше пулевые щипцы, продолжает разрез по средней линии передней стенки нижнего сегмента вплоть до границы его с верхним сегментом, т. е. до уровня плотного прикрепления брюшины к миометрию. Получается отверстие, через которое легко может пройти тело плода; если в матку в начале был введен метрейринтер, то обыкновенно он выскальзывает чрез это отверстие.

Выполнив рассечение передней стенки шейки и нижнего сегмента (*hysterotomia vaginalis anterior*), оперирующий удаляет пулевые щипцы (*resp.* метрей-

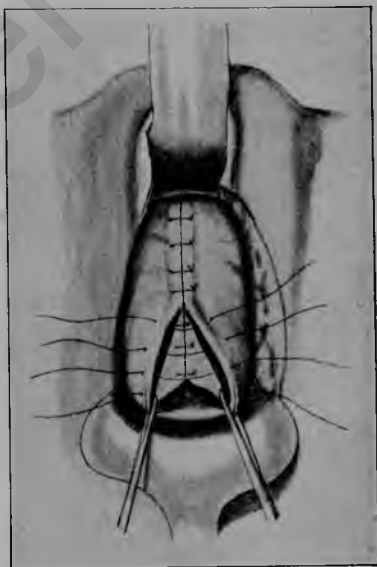


Рис. 593. Зашивание разрезв маточной шейки и рукава при влагалищном кесарском сечении (по Hammerschlag'y).

Чтобы вся операция проходила с возможно меньшею кровопотерею, не мешает в начале ее впрыснуть большой эрготин, питуитрин и т. п. *styptica*.

Обыкновенно разреза одной передней маточной стенки бывает достаточно, чтобы чрез сделанное отверстие извлечь даже доношенного ребенка. Если же разрез почему-либо окажется недостаточным, то к передней гистеротомии присоединяют заднюю: проводят продольный разрез через слизистую оболочку задней стенки влагалищной части, средину заднего свода и заднюю стенку рукава, отсепааровывают от надвлагалищной части шейки и нижнего сегмента брюшину заднего *Douglas'*ова кармана, стараясь не вскрывать последний, затем рассекают вдоль заднюю стенку шейки и нижнего сегмента тела. После извлечения ребенка в случаях консервативного влагалищного кесарского сечения разрезы эти зашиваются так же, как и проведенные спереди.

В большинстве случаев консервативного влагалищного кесарского сечения после этой операции получается *restitutum ad integrum* матки и рукава, и в литературе описано немало случаев, где у женщин, перенесших данную операцию, последующие беременности и роды протекали совершенно нормально.

До выработки описанной сейчас техники влагалищного кесарского сечения *Dührssen* предлагал достигать кровавого расширения несглаженной или лишь отчасти сглаженной шейки путем глубоких ее надразов, проводимых без предварительной отсепааровки сводов. Однако способ этот оказался на практике настолько опасным, благодаря значительному проценту возникающих после него сильных кровотечений, что он теперь почти совершенно оставлен: для раскрытия или вовсе несглаженной, или лишь отчасти сглаженной шейки в настоящее время все прибегают или к метрейризу, или к влагалищному кесарскому сечению.

Розенфельд. К вопр. о влаг. кес. сечении. Р. Вр. 1903. — *Окинщик*. О влаг. кес. сечении. Р. Вр. 1910. — *Холмогоров*. Влаг. кес. сечение по *Dührssen'*у. Р. Вр. 1910. — *Сазонов*. К вопр. о влаг. к. сечении. М. Об. 1911. — *Тавилдаров*. К вопр.

о влаг. кес. сечении. Р. Вр. 1911. — *Скробанский*. Консерват. влаг. кес. сечение. Ж. А. 1911. — *Вербов*. К. вопр. о влаг. кес. сечении. Ж. А. 1911. — *Федоров*. О показаниях к влаг. кес. сечению. Пр. В. 1911. *Павловский*. Сл. влаг. кес. сечения в дом. обстановке. Тер. Об. 1912. — *Либов*. Влаг. кес. сеч. в земской практике. Вр. Г. 1912. — *Холмооров*. Значение влаг. кес. сечения при родах. треб. быстрого окончания. Ж. А. 1912. — *Калмыков*. Пять сл. влаг. кес. сечения. Ж. А. 1912. — *Гусаков*. О влаг. кес. сечении. Вр. Г. 1912. — *Подгорецкий*. К вопр. о влаг. кес. сечении. Дисс. СПб. 1912. — *Селцкий*. К вопр. о влаг. кес. сеч. и пр. М. 1913. — *Писаревский*. 10 сл. влаг. кес. сечения. Ж. А. 1915.

Кровавое расширение рукава. Описывая осложнения родового акта, мы уже отметили, что иногда изгнание плода встречает препятствие в рубцовых сужениях влагалища, возникающих на различной почве. Чтобы устранить это препятствие, лучшим средством являются разрезы рукава, проводимые обыкновенно в продольном направлении при помощи скальпеля. Число и величина этих надрезов вполне зависит от степени рубцовых изменений.

Если рубцовые изменения рукава очень значительны, если вся рукавная трубка, как то бывает после флегмонозного паравагинита, превращена в один рубцовый тяж, снабженный лишь узким ходом посредине, то в подобных случаях никакие надрезы, как бы длинные и глубоки они не были, не в состоянии сделать родовой канал проходимым для плода, и остается прибегнуть к образованию искусственных путей для извлечения ребенка, т. е. к операции кесарского сечения.

Встречающиеся часто продольные перемычки в рукаве обыкновенно не служат помехою при родах. Если когда все-таки явится нужда в их удалении, то последнее производится без большого труда, — перемычка вырезывается между двумя жомами, затем жомы снимаются, брыжжущие сосуды изолированно перевязываются тонкими кэтутовыми лигатурами, и линейные раны обшиваются непрерывным кэтутовым же швом.

Hymenotomia. Иногда девственная плева не разрывается при половых сношениях и сохраняется в целом виде до времени родов. Если целость ее зависит от чрезмерной растяжимости

плевры, то в подобных случаях последняя не представляет препятствий для изгнания плода, и гименотомия является, собственно говоря, ненужною. Но если плева не разрывается при половых сношениях вследствие неподатливости ее тканей, то такая неподатливая плева может затруднить прорезывание подлежащей части, и для устранения этого препятствия приходится прибегать к ее рассечению. Разрезы ее делаются ножницами в радиальном направлении, вплоть до основания гимена, причем обыкновенно бывает достаточно четырех разрезов — спереди, сзади и по бокам.

Эпизиотомия. Операция кровавого расширения половой щели или эпизиотомия производится при родах, во-первых, в тех случаях, где *rima pudendi* у рожениц является стриктурированной — обыкновенно вследствие рубцовых процессов в ее окружности, а во-вторых, широко применяется некоторыми акушерами у перворожениц с профилактической целью, дабы избежать разрывов и чрезмерных растяжений тазового дна. Как следует относиться к этой профилактической эпизиотомии, — о том было уже подробно сказано выше. Здесь ограничимся лишь некоторыми краткими замечаниями относительно техники операции.

Если эпизиотомия производится по поводу рубцовых сужений половой щели, то и число разрезов, и их местоположение и величина вполне зависят от локализации и величины рубцов, которые должны быть рассечены ножницами или скальпелем, до здоровой ткани. При профилактической же эпизиотомии можно делать или один разрез, по *raphe perinei* (*perineotomia mediana*, см. рис. 559), или два разреза, в направлении седалищных бугров (см. рис. 560). Выгодные и невыгодные стороны как срединного, так и боковых разрезов были уже отмечены нами в своем месте. По окончании родового акта разрезы должны быть, конечно, тщательно зашиты.

Насечки при отеке вульвы. Чтобы закончить обзор подготовительных акушерских операций, имеющих целью устранение препятствий для родов со стороны мягких частей родового канала, мне остается упомянуть о насечках при отеке наружных половых частей роженицы. Отек этот иногда достигает такой степени, что может затруднять прорезывание головки младенца.

Чтобы устранить его, на каждой губе проводится по одному или по два глубоких надреза скальпелем; причем уже вскоре после этой маленькой операции губы опадают, и половая щель становится более проходимой.

Что касается оперативного устранения препятствий для родов, обусловливаемых присутствием опухолей мягких частей родового канала, преимущественно миом матки и кист яичника, то техника этих операций относится уже более к области гинекологии.

в) Подготовительные акушерские операции, имеющие целью устранение препятствий для родов со стороны твердых частей родового канала (таза).

Как известно, сужения тазового кольца у рожениц в практике служат источником самых серьезных препятствий для родов. Для устранения этих препятствий со стороны таза предложены четыре операции, а именно, симфизеотомия, пубиотомия, ишиопубиотомия и резекция мыса, из которых более или менее часто применяются современными акушерами лишь первые две.

Симфизеотомия. Мысль о возможности добиться значительного расширения тазового кольца у рожениц путем разреза лонного хряща была высказана впервые еще в XVI веке *Pineau*, на мертвой эту операцию впервые выполнил *Couvrée*, французский врач, практиковавший в XVII веке в Варшаве, а на живой, притом с благоприятным исходом для матери и плода, — *Sigault*, в 1777 году, в Париже. Когда *Sigault*, которого следует считать фактическим изобретателем симфизеотомии, и который еще в бытность свою студентом начал пропагандировать ее идею, продемонстрировал родильницу, перенесшую эту операцию, его доклад вызвал настоящий энтузиазм во врачебных кругах французской столицы. В честь открытия его была даже выбита особая медаль. Казалось, врачи, получили в свои руки гениально простое и вместе с тем вполне надежное средство устранять препятствия для родов со стороны таза, над преодолением которых тщетно ломали себе головы талантливейшие представители тогдашнего акушерства.

Однако, когда дело дошло до более широкого осуществления идеи *Sigault* на практике, то результаты, при тогдашнем состоянии медицины вообще и оперативной техники в частности получились далеко не такие, какие ожидались, — оказалось, что операция *Sigault*, как тогда называли симфизеотомию, дает огромную смертность как детей, так и матерей, а из перенесших ее женщин половина остается на всю жизнь калеками. Немудрено, что первоначальный энтузиазм, с каким была встречена симфизеотомия, быстро остыл, и операция эта на долгое время осталась заброшенной, причем лишь немногие акушеры решались применять ее в отдельных, крайне редких случаях.

Так продолжалось до второй половины прошлого столетия, когда интерес к симфизеотомии опять возрос, благодаря трудам неаполитанского профессора *Morisani*. С легкой руки *Morisani* операция эта снова получила более широкий круг применения — сначала в латинских странах, Италии и Франции, а затем в Германии и у нас в России, где она впервые была выполнена в 1892 году *Крассовским*. Наряду с увеличением числа случаев симфизеотомии она стала предметом тщательного научного изучения, как клинического, так и экспериментального, причем многие видные представители акушерства выступили ее горячими защитниками. Одно время можно было думать, что ей суждено занять место среди обычно применяемых видов оперативно-акушерского вмешательства. Вскоре, однако, голоса защитников симфизеотомии были заглушены голосами наблюдателей, указывавших на темные стороны этой операции, и последняя вновь стала практиковаться все реже и реже. Особенно способствовало вытеснению симфизеотомии введение в акушерскую практику пубиотомии, а также широкое применение, с прекрасными результатами, кесарского сечения. Если у симфизеотомии и имеются еще до сих пор свои поклонники, то, во всяком случае, их можно считать лишь единицами.

Крайняя противоречивость тех отзывов, какие встречаются о симфизеотомии в трудах новейших авторов, выдвигает вопрос: какова же должна быть совершенно объективная оценка значения этой операции? Для решения этого вопроса надо

принять во внимание те данные, которые, с одной стороны, неизбежно вытекают из анатомической сущности симфизеотомии, а с другой — твердо установлены опытом. Точные исследования на трупах, произведенные, между прочим, у нас *Димантом*, а равно и клинические наблюдения над оперированными — свидетельствуют, что, после разреза лонного хряща, концы разделенных лонных костей можно разводить не более, как на 6, самое большее на 7 сант., в противном же случае нарушается целостность крестцово-подвздошных сочленений, и тазовое кольцо, эта опора всего туловища, распадается на три части. Исследования эти показывают, далее, что при подобном максимальном разведении лонных костей прямой размер входа в таз увеличивается, в среднем, не более, как на 1,3 сант. (по *Диманту* — на 1,5 сант., тогда как прямой размер полости — на 0,9 сант., а прямой размер выхода — на 0,6 сант.); более увеличиваются поперечные размеры таза, но это увеличение не имеет практического значения, ибо в узких тазах, при которых принимается симфизеотомия, препятствие для родов в большинстве случаев зависит от недостаточных размеров не поперечника, а кон'югаты.

Если теперь принять во внимание, что наименьший размер головки доношенного плода, именно, битемпоральный, равен 8 сант., то пределы сужения истинной кон'югаты, при которых может быть предпринимается данная операция, будет колебаться между $8,0 - 1,3 = 6,7$ сант. и 8 сант. с небольшим. De facto, однако, эти границы, особенно первая из них, должны быть передвинуты. Головка плода представляет собою в поперечном сечении не совершенный овал, а суживающийся кпереди, к стороне лба, и расширяющийся кзади, к стороне затылка. Через кон'югату тазового входа она проходит после симфизеотомии не битемпоральным размером, а размером, находящимся между битемпоральным и бипариетальным, т. е. несколько большим, чем 8 сант. Необходимо, далее, считаться с тем обстоятельством, что после симфизеотомии получается симметрическое расширение входа в таз, обе его половины, правая и левая, расширяются одинаково, тогда как для прохождения головки было бы выгод-

нее, если бы одна половина, — та именно, чрез которую проходит более широкий затылок, — расширилась больше, чем другая, чрез которую проходит более узкий лоб. Главное, однако, — после разреза симфиза, когда целость тазового кольца является нарушенною, головка ребенка утрачивает ту способность, изменяя свою конфигурацию, приспособляться к размерам таза, которая столь значительно облегчает ее прохождение чрез неповрежденное, сплошное тазовое кольцо. Принимая в соображение все эти обстоятельства, нельзя не согласиться с теми авторами, которые определяют низшую границу для симфизеотомии, при доношенном плоде, более 6,7 сант. и во всяком случае не меньше 7 сант. Что касается высшей границы, то определить ее точно очень трудно. Мы знаем, что, благодаря опять-таки своей приспособляемости, головка может благополучно проходить чрез тазы даже значительных степеней сужения. Многое тут зависит от моментов, учесть которые заранее нет возможности, напр., от силы маточных сокращений, способа вставления головки и т. п. Значение этих моментов, а вместе с тем, значит, и показания к симфизеотомии, приходится устанавливать уже в течение родов, иногда значительное время спустя после их начала. Некоторые из этих моментов можно учесть лишь на основании течения предшествующих родов, что делает симфизеотомию преимущественно показанной у повторнорожещиц. Во всяком случае разбираемая граница должна быть намечаема скорее ниже принимаемых некоторыми авторами 8,8—9,5 сант., чем выше.

Чтобы оценить, далее, значение симфизеотомии, надобно иметь в виду, что хирурги вообще при своих оперативных вмешательствах тщательно избегают ранений суставов, а главное, — что расхождение краев разрезанного симфиза даже и на меньшее расстояние, чем 6—7 сант., неизбежно влечет за собою разрыв находящихся по соседству мягких частей; а эти последние таковы, что разрыв их или вызывает сильное, с трудом останавливаемое кровотечение (венные сплетения пузыря, *corpora cavernosa clitoridis*), или тягостное, иногда неустранимое даже и оперативным путем явление недержания мочи (уретра, мочевого пузыря). Получающиеся

при этом ранения затем, в силу анатомического строения подвергающихся разрыву частей, их топографического положения и рваного характера самих повреждений не только с трудом заживают, но, в инфицированных случаях, могут послужить источниками опасности и для самой жизни оперированных. А инфицируются они крайне легко, ибо находятся по близости органов, которые даже и в здоровом состоянии содержат патогенных микробов (вульва, рукав, уретра).

Особенно значительны бывают повреждения мягких частей при симфизеотомии, с одной стороны, у перворожениц, с другой — вообще у рожениц с недостаточно подготовленными родовыми путями. У тех и других к разрывам, зависящим от расхождения лонных костей, присоединяются разрывы, стоящие в причинной связи с извлечением плода. Дело в том, что, хотя симфизеотомия, строго говоря, и принадлежит к числу подготовительных акушерских операций, и некоторые акушеры принципиально предоставляют после нее изгнание плода силам природы, но многие предпочитают тотчас же после разреза лонного сочленения приступать к извлечению плода тем или иным способом (щипцы, экстракция за ножки после поворота). У перворожениц даже при полном раскрытии матки это извлечение сопровождается разрывами родового канала, благодаря узости рукава, у повторно-родящих же подобные разрывы происходят, если извлечение производится при недостаточно подготовленных родовых путях. Отсюда симфизеотомию следует производить преимущественно лишь у повторных рожениц — тем более, что у них течение предыдущих родов может служить показателем, в какой мере необходимо для родов расширение таза; но и у повторных рожениц операцию эту надо делать уже при достаточном раскрытии матки — тем более, что при этих условиях более выясняется вопрос, может ли головка плода пройти через тазовое кольцо без оперативного вмешательства, или нет.

На основании всего сказанного акушерское значение симфизеотомии должно оцениваться, в общем, невысоко, и круг ее применения должен быть признан довольно ограниченным. В частности показания к этой операции и условия,

при которых возможно ее применение, могут быть резюмированы следующим образом:

Симфизеотомия, или лоносечение, может быть применяема преимущественно у повторнорожениц со средними степенями сужения таза (С. в. не менее 7 сант.), не допускающими, однако, прохождения головки доношенного плода в неуменьшенном виде. Она может, таким образом, в подходящих случаях и при наличии известных условий заменять операцию искусственных преждевременных родов, краниотомию и кесарское сечение. Если при этом таз роженицы сужен менее значительно (С. в. больше 8,1—8,2 сант.), то показания к данной операции должны быть устанавливаемы лишь там, где ход предыдущих родов свидетельствует о невозможности рождения живого ребенка без расширения таза, или наблюдение за течением данных родов показывает, что, несмотря на достаточную силу схваток, головка не в состоянии встать в тазовое кольцо; при более значительных сужениях показания к симфизеотомии могут быть установлены и без этого.

Для того, чтобы убедиться, в случаях менее значительного сужения таза, не может ли головка плода и без лоносечения пройти через тазовое кольцо, некоторые акушеры рекомендуют предварительно вдавливать ее, под наркозом, во вход таза наружными приемами, другие же советуют прежде, чем приступать к симфизеотомии, накладывать пробные высокие щипцы. Не возражая против первой меры, которую особенно практично производить в *Walcher*'овском положении роженицы, относительно второй заметим, что высокие щипцы представляют собою операцию, в значительном проценте случаев губельно отражающуюся на жизни плода, и это обстоятельство необходимо иметь в виду прежде, чем пробовать их.

Необходимыми условиями для выполнения симфизеотомии являются: 1) наличие живого плода, ибо данная операция предпринимается главным образом в интересах последнего, если же иметь в виду исключительно интересы матери, то она с выгодой может быть заменена краниотомией; 2) достаточная подготовленность родовых путей (полное или почти полное

раскрытие маточной шейки), так как тотчас после рассечения симфиза нередко приходится прибегать к родоразрешению путем извлечения ребенка; 3) отсутствие признаков септической инфекции полового канала, так как при наличии последней неизбежно сопровождающие симфизеотомию разрывы мягких частей делают данную операцию слишком опасной; 4) известная опытность оператора; 5) наличие соответствующей обстановки (клинической или больничной) и ассистентуры, наконец, 6) согласие роженицы. Последние условия являются необходимыми в виду того, что симфизеотомия принадлежит, несомненно, к числу серьезных операций, сопряженных с известным риском для жизни и здоровья матери.

Подготовка роженицы к операции заключается в опорожнении мочевого пузыря и прямой кишки, общем наркозе и тщательной дезинфекции как наружных половых частей, так и рукава. Подготовленная таким образом больная укладывается или в таком положении, в каком обычно производятся влагалищные операции, причем согнутые и разведенные ноги ее удерживаются помощниками, или в *Walcher'*овском положении.

Техника симфизеотомии в руках различных операторов является весьма разнообразною. Прежде всего одни, производя данную операцию, открывают сначала весь симфиз („открытый способ симфизеотомии“), тогда как другие сохраняют лежащие впереди от сочленения мягкие части („подкожный способ“). Далее, при открытом способе некоторые начинают операцию подкожным разрезом, проводимым между лонными бугорками и проникающим через кожу, подкожную клетчатку и фасцию, другие проводят продольный разрез соответственно передней поверхности симфиза, а третьи разрезают кожу и подкожную клетчатку поперечно, фасцию же продольно. При поперечном разрезе передняя поверхность лонного сочленения обнажается тупым путем. Обнажив симфиз спереди, оперирующий пальцем заходит за лонное сочленение и отделяет от него уретру и мочевой пузырь, причем наступающее в этот момент кровотечение останавливается обычно прижатием. Когда симфиз со всех сторон будет освобожден от мягких частей, его разрезают серповидным пуговчатым ножом или просто крепким скальпелем, причем опять-таки одни предпочитают резать сзади и снизу

кпереди и кверху, другие — спереди и сверху кзади и книзу. Так как симфизарный хрящ обыкновенно шире спереди и сверху, то второе направление разреза является более соответствующим анатомическим условиям; надобно только стараться, чтобы не повредить при нем мочевого пузыря и уретры, для чего некоторые авторы рекомендуют перед разрезом вводить в пузырь металлический катетер и оттеснять им пузырь с уретрой кзади. Заодно с лонным хрящом или после него рассекается *lig. arcuatum inferius*, после чего лонные кости расходятся, и удерживающие их ассистенты должны следить, чтобы расхождение это не было слишком значительно. Тогда же разрываются мягкие части, и наступает обыкновенно кровотечение из области клитора, останавливаемое прижатием.

Подкожная симфизеотомия также представляет несколько технических вариантов. Опишем один из них. Операция начинается небольшим продольным разрезом, производимым по белой линии до верхнего края симфиза. Введя через этот разрез палец в *sacrum Retzii*, оперирующий отделяет пузырь от симфиза, затем разрезывает узким пуговчатым ножом лонный хрящ сзади и сверху кпереди и книзу настолько глубоко, насколько это возможно. Остальная часть хряща с *lig. arcuatum inferius* перепиливается пилой *Gigli*, употребляемой для пубиотомии. Вооружившись для проведения этой пилы иглою, напр., *Bumm*'овскою, оперирующий втыкает ее через кожу в точке на 1 сант. выше клитора, оттягивает кожу книзу и проводит иглу по задней поверхности симфиза в нижний конец разреза брюшных стенок, вдевает пилу в отверстие иглы и выводит последнюю назад вместе с концом иглы, затем подкожно проводит иглу вверх спереди от симфиза. Таким образом симфиз явля-



Рис. 594. Игла *Bumm*'а для симфизеотомии и пубиотомий.

Отдельно изображен конец иглы со вдетою в него пилюю *Gigli*.

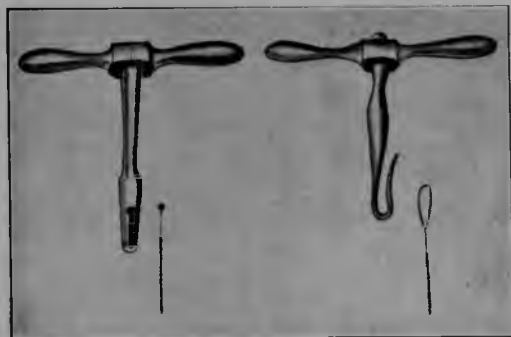


Рис. 595. Рукоятки для пилок Gigli.

А — Рукоятка для пилок с шариками, применяемых при пубиотомии по Витт'у. Б — Рукоятка для пилок с петельками, употребляемыми при пубиотомии по Döderlein'у.

ется окруженным пилою сзади, снизу и спереди, причем оба конца пилы выступают из разреза. Надев на эти концы рукоятки, оперирующий перепиливает остаток лонного хряща с *lig. arcuatum inferius*, удаляет иглу и тотчас же зашивает разрез брюшной стенки.

После раз'единения лонных костей одни акушеры, как уже упоминалось выше, предпочитают немедленно извлекать ребенка, другие же предоставляют рождение последнего силам природы, для чего роженица переносится с операционного стола на родильную кровать, причем рассеченный таз ее окружается резиновым бинтом, а операционная рана, — если операция была произведена по открытому способу, тампонируется полосой марли. Каждый из этих способов имеет свои выгоды и невыгоды. При немедленном извлечении плода мягкие части, как показывает опыт, рвутся в гораздо большей степени; когда же роды предоставляются силам природы, роженица — при открытом способе операции — остается более или менее продолжительное время с незашитой раной. Уже на основании этого можно думать, что при открытом способе симфизеотомии лучше оканчивать роды поскорее, при подкожном же — предоставлять рождение ребенка естественным изгоняющим силам.

Когда роды окончены, то, если операция была выполнена по открытому способу, производится соединение разрезанных и разорванных частей. Некоторые операторы соединяют концы лонных костей костными швами, другие сшивают лишь периост, третьи довольствуются сшиванием лишь мягких частей, причем в некоторых случаях вся рана зашивается наглухо, в других же применяется дренаж, обычно вводимый за симфиз. При

подкожной симфизеотомии, как уже указано выше, дело ограничивается зашиванием разреза брюшных стенок, каковое зашивание производится еще до окончания родов, тотчас после раз'единения лонных костей.

В послеоперационном периоде больная должна первые дни (около недели) лежать на спине с вытянутыми ногами по возможности неподвижно, причем, дабы обеспечить сращение в области симфиза, таз у нее должен быть стянут бинтом или просто полотенцами, а ноги выше колен также соединены полотенцами. Чтобы достигнуть большей неподвижности лонных костей, некоторыми авторами были придуманы специальные аппараты; прибор *Отта* состоит, напр., из двух металлических чашек, выполненных кожаными подушечками и накладываемых на большие вертелы бедренных костей; чашки эти соединены стержнем и могут быть сближаемы более или менее при помощи особого винта. Однако опыт показывает, что подобные приборы являются излишними; и у оперированных можно обойтись простым бинтом или давящей повязкой из ваты и марли. После подкожной симфизеотомии даже и эти последние являются ненужными. Ногами оперированным разрешается двигать по истечении недели, вставать с постели после открытой симфизеотомии через 3-4 недели, после подкожной — через 14-16 дней.

Заживление разрезанного лонного сочленения происходит с образованием соединительнотканного рубца. Некоторые наблюдения позволяют думать, что иногда после симфизеотомии происходит стойкое расширение таза. *Феноменов*, напр., сообщает случай, где он при одних родах вынужден был прибегнуть к симфизеотомии, а при следующих, через 2 года, мог извлечь ребенка щипцами. В литературе описаны и такие случаи, где удлинение истинной кон'югаты после симфизеотомии можно было констатировать путем измерения.

Чтобы получить более значительное стойкое расширение таза, *Феноменов* и *Кочетков* предложили особую модификацию симфизеотомии, при которой из области симфиза выпиливаются куски кости и вновь вставляются в образовавшийся промежуток так, что данная область становится

шире. Модификация эта, однако, не нашла себе практического применения.

Миронов. О симфизеотомии. М. Об. 1893. — *Отт.* Прибор для удерживания в надл. неподв. положении костей таза после симфизеотомии. Ж. А. 1893. — *Феноменов и Кочетков.* Проект изменения операции симфизеотомии. Вр. 1894. — *Димант.* Эксп. исследование о влиянии сечения лонного соединения на размеры таза. Ж. А. 1894. — *Успенский.* По пов. 2 сл. симфизеотомии. М. Об. 1896. — *Димант.* К истории симфизеотомии. Ж. А. 1905. Казуистика симфизеотомии: *Крассовский, Ж. А., 1893; Лебедев, отч. Вр., 1893; Рейн, Тр. Киев. А. О., 1894; Виридарский, Ж. А., 1894; Горохов и Хлебников, Вр., 1895; Кочетков, Дн. О. В. при Каз. У., 1895; Лезин, Вр., 1895; Пешель, Вр., 1895; Иванов, Тр. О. Киев. В., 1898; Липинский, Ж. А., 1899; Владимиров, Дн. О. Вр. при Каз. Ун., 1899; Столыпинский, отч. Пр. В., 1905.*

Пубиотомия. Вытекающие из самой сущности симфизеотомии и потому сразу бросающиеся в глаза недостатки этой операции побудили акушеров, сохранив идею рассечения тазового кольца с целью его расширения, перенести место рассечения с сустава на лонную кость. Так народилась пубиотомия, иначе называемая геботомией или гебостеотомией.

Операция эта, под названием пельвиотомии, была предложена еще во второй половине 18 века *Aitken*'ом. Затем предложение это было повторено в 1821 году *Champion*'ом, а через 11 лет данная операция была впервые выполнена на живой *Galbiati*. Истинным родоначальником современной пубиотомии был, однако, итальянский врач *Gigli*, обративший на нее внимание акушеров в 1893 году и выработавший основы ее техники. Прежде, чем, впрочем, сам *Gigli* решился выполнить эту операцию на живой женщине (в 1902 году), она была с успехом применена в одном случае *Bonardi*, в 1897 г., и в 1899 г. *Calderini* (а по *Krönig*'у еще раньше *Bonardi* начал применять пубиотомию *van de Velde*). У нас в России первая пубиотомия была сделана *Китнером* в 1904 году.

Преимущества пубиотомии пред симфизеотомией ясны, можно сказать, уже при первом взгляде. При симфизеотомии повреждается сустав, при пубиотомии же ранению подверга-

ется кость, что гораздо выгоднее с обще-хирургической точки зрения. Далее, после симфизеотомии получается симметрическое расширение таза, одинаковое для обеих половин его, после пубиотомии же — асимметрическое, что гораздо более соответствует конфигурации головки плода. Самое главное, однако, — при симфизеотомии операционная травма локализуется в области, где лежат уретра, венозные сплетения пузыря и пр., при пубиотомии же она переносится в более безопасную в этом отношении область. Самая техника пубиотомии, при употреблении пилы *Gigli*, представляется более простою, чем техника симфизеотомии, по крайней мере в первоначальном ее виде. Немудрено, что пубиотомия в очень короткое время почти совершенно вытеснила симфизеотомию из акушерской практики. Наиболее горячие сторонники ее (напр., у нас *Дыский*) стали даже заявлять, что пубиотомию, как операцию легкую и безопасную, можно со спокойным сердцем применять не только в клинической и больничной, но и в частной практике.

Последующие наблюдения, как экспериментальные, так и клинические, показали, однако, что это не совсем так, — что и пубиотомии присущи те же недостатки и опасности, какие свойственны симфизеотомии, хотя и в меньшей степени. Экспериментальные исследования на трупах, произведенные, между прочим, у нас *Прозоровским* и *Швогер-Леттецким*, показали, что при этой операции концы распиленной лонной кости можно разводить без опасения нарушить целостность крестцово-подвздошных сочленений максимум на 4—7 сант., причем *C. v.* увеличивается на 1,2—1,8, самое большее на 2 сант., поперечник входа в таз — до 3 сант., косые размеры — на $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ сант., поперечный размер выхода — на 1—3 сант., прямой размер выхода — на 1 сант. (важно, что, по *Швогер-Леттецкому*, та сторона таза, где производится распил, расширяется меньше противоположной, тогда как некоторые другие авторы держатся совершенно обратного взгляда). Отсюда пределом сужения таза, при котором можно производить данную операцию, является *C. v.* не менее 7 сант. Некоторые авторы (*Строганов*, *Ярцев*) определяют эту границу еще выше — в $7\frac{1}{2}$ сант. для плоских тазов и в 8 —

для общесуженных. Наблюдаются после пубиотомии и разрывы мягких частей с кровотечениями (в 15% по *Строганову*), образованием гэматом (в 17% по тому же автору), нарушением целости мочевого пузыря (в 12,3% по *Строганову* и 13,2% по *Юрасовскому*) и т. п. Смертность матерей по статистике *Юрасовского*, относящейся к 1907 году, равняется после пубиотомии 3,2%, детей — 6,1%. В виду всего этого пубиотомия большинством представителей современного акушерства признается неподходящею для частной практики, а требующей клинической или больничной обстановки, да и в этой последней применение данной операции ограничивается довольно узкими рамками.

В общем можно сказать, что показания для пубиотомии и условия ее применения — таковы же, какие выше были намечены для симфизеотомии. Предварительное наложение пробных высоких щипцов и здесь одними авторами допускается, другими отвергается и во всяком случае должно быть производимо с осторожностью. Одинаковою для обеих операций является и подготовка больных, причем и здесь надо обращать особенное внимание на опорожнение пузыря. Наконец, и техника выполнения пубиотомии представляет много сходства с техникой симфизеотомии.

С технической стороны производство разбираемой операции, как и производство лоносечения, отличается значительным разнообразием приемов. И пубиотомия, прежде всего, может

быть выполнена или по открытому, или по подкожному способу. При первом из них операция начинается разрезом лежащих впереди лонной кости мягких частей.

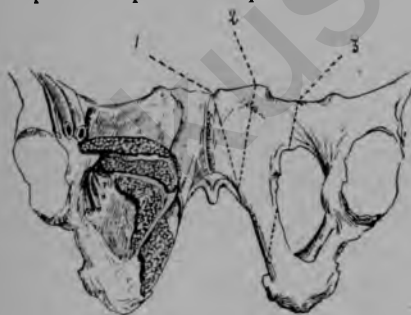


Рис. 596. Направление распилов таза при пубиотомии и ишио-пубиотомии.

1 — Распил при пубиотомии по *Gigli*. 2 — Распил при пубиотомии по *v. d. Velde*. 3 — Распил при ишио-пубиотомии.

Направление этого разреза и его форма в описании различных авторов являются различными. *Gigli*, напр., рекомендовал проводить прямой разрез от верхнего края сим-

физа в косвенном направлении книзу и вбок, *van de Velde* — прямой же разрез, но в косвенном направлении от *spina rubica* книзу и немного кнутри, другие предпочитают вести прямой разрез от *tuberculum pubicum* прямо книзу, а некоторые делают полулунный разрез, основанием обращенный к симфизу, и т. д. В общем при проведении разреза надо иметь в виду совершенно справедливое указание *Строганова*, что излишняя близость распилы кости, — а, стало быть, и разреза мягких частей, — к симфизу повышает опасность повреждения пузыря.

Различною является и та сторона, на которой делается разрез и вообще производится операция. Некоторые авторы (*Швогер-Леттецкий*), исходя из того положения, что при пубиотомии больше расширяется нетронутая половина тазового кольца, советуют делать разрез и последующий распил кости на стороне, куда обращен лобик плода; другие (*Ильин*) рекомендуют, наоборот, делать пубиотомию на той стороне, куда обращен затылок, причем один из теменных бугров может утилизировать для своего прохождения промежутком между разошедшимися концами распиленной кости; третьи (*Личкус*) считают возможным при всякой позиции плода избирать для операции левую сторону; четвертые, наконец, считают выбор той или другой стороны безразличным.

Сделав разрез, оперирующий проникает указательным пальцем через верхний конец его и отслаивает мягкие части от задней поверхности симфиза, после чего через сделанный ход проводится тупая игла (*resp.* проводник для пилы).

Некоторые авторы предпочитают проводить иглу сверху вниз, другие, наоборот, снизу вверх. *Tandler*, в интересах лучшего сохранения пузыря, рекомендует проводить ее между надкостницей и костью, причем, во избежание сильного кровотечения после распилы кости, советует предварительно перевязывать пещеристое тело клитора.

Когда верхушка иглы или проводника покажется в разрезе, в нее вдевают пилу *Gigli* (имеющую вид закрученной металлической нити), выводят иглу в обратном направлении, причем

вместе с нею показывается и пила, надевают на концы последней рукоятки (см. рис. 595) и перепиливают лонную кость в направлении, соответствующем разрезу мягких частей (при полулунном разрезе распил делается немного кнутри от *tuberculum pubicum* и места прикрепления *m. adductoris longi*). *Lig. arcuatum inferius* при этом особо перерезывается ножом. Получающееся кровотечение останавливается частью путем перевязки брыжжущих сосудов, частью путем прижатия.

Дальнейшее ведение дела, как и при симфизеотомии, является различным. Одни немедленно после распила лонной кости извлекают ребенка, другие предпочитают предоставлять окончание родов силам природы, применяя извлечение лишь при наличии показаний к нему. В первом случае роды оканчиваются тут же на операционном столе, во втором — роженица переносится на кровать с провизорно затампонированной раной и наложенным на область таза эластическим бинтом. По окончании родов в том и другом случае операционная рана зашивается или наглухо, или с дренажем, причем и здесь, как и после симфизеотомии, одни применяют костный шов, другие сшивают периост и мягкие части, а третьи ограничиваются шиванием лишь этих последних.

Подкожная пубиотомия производится или по методу разреза (*Döderlein*'овскому), или по методу укола (*Bumm*'овскому). При

Döderlein'овской модификации операция начинается поперечным разрезом, в 2—3 сант., проводимым тотчас над левым лонным бугорком. Разрезав кожу, подкожную клетчатку и фасцию *m. recti abdominis* и добравшись до верхнего края лобковой кости, оперирующий проникает указательным пальцем левой руки между этой последней и пузырем,



Рис. 597. Производство пубиотомии по *Döderlein*'у.

пока не достигнет нижнего края нисходящей ветви *ossis pubis*. Тогда, взяв правой рукою тупую иглу типа *Déchamp* овской, оперирующий проводит ее между защищающим пузырь пальцем и заднею поверх-



Рис. 598. Игла Döderlein'a для пубиотомии.

ностью лонной дуги, протыкая кожу непосредственно под нижним краем последней, обыкновенно в желобке между большою и малою половыми губами. Можно, по *Tandler*'у, проводить иглу и под надкостницей. Когда конец ее покажется наружу, надевают на него пилку *Gigli* и, выводя иглу в обратном направлении, вытягивают пилу в верхний разрез. Затем к концам пилы



Рис. 599. Перепиливание лонной кости пилкою *Gigli* при пубиотомии по Döderlein'y.

прикрепляют рукоятки и, взявшись за них, перепиливают лонную кость. Дальнейший образ действий врача — таков же, как и после пубиотомии, производимой по открытому способу.

Vitt рекомендует производить подкожную пубиотомию следующим образом: нащупав у роженицы большим и указатель-

ным пальцем лонную кость в месте соединения горизонтальной и нисходящей ветвей ее и оттянув малую губу и клитор к середине, вкалывают под самой костью, у края большой губы, острую иглу с рукояткой и, опуская последнюю, заставляют острие иглы скользить по задней поверхности кости по направлению снизу вверх; движение иглы контролируется при этом указательным пальцем другой руки, введенным в рукав.



Рис. 600. Производство подкожной пубиотомии по *Vumm*'у.

Когда острие иглы минует верхний край кости, резким отдавливанием рукоятки книзу прокалывают кожу, вдевают в ушко иглы пилку *Gigli*, проводят ее, обратным движением иглы, позади лонной кости, затем прикрепляют к концам пилы рукоятки и несколькими взмахами перепиливают кость. Раньше, чем пилить, *Vumm* советует хорошо натянуть пилку, во время же самого перепиливания — держать ее не под острым, а под тупым углом, притом так, как если бы оперирующий желал поднять кость кверху. Если после распила кости укрепляющие симфиз связки останутся целыми, — их надобно, по *Vumm*'у, разорвать путем раздвигания бедер. При этом раздвигании следует принять меры против кровотечения путем прижатия обоих уколов и введения давящего тампона в рукав; если опоздать с прижатием, то в мягких частях образуются гэматомы.

В послеоперационном периоде *Vumm* ограничивается такой же повязкой, какая накладывается после лапаротомии, или туго

наложенным на область таза полотенцем, которое прижимает к месту уколов марлевые компрессы. В рукав оперированной вводится плотный тампон, ноги связываются полотенцем, обвязанным вокруг колен, в пузырь вводится на несколько дней постоянный катетер.

Оценивая различные технические модификации пубиотомии, надобно отметить, что при подкожной пубиотомии менее велика опасность инфекции, при открытой же — опасность ранения пузыря. Особенно легко, как я убедился на опыте, может быть поврежден последний при операции, производимой по способу *Bumm'a*; дело в том, что острие иглы далеко не скользит по задней поверхности лонной кости, оно нередко перемещается скачками и при этих скачках может легко поранить ничем не защищенную пузырную стенку. С этой точки зрения модификация *Döderlein'a*, технически занимающая средину между модификацией *Bumm'a* и открытой пубиотомией, наиболее заслуживает рекомендации, так как ей чужды невыгоды и той, и другой.

Как и после симфизеотомии, после пубиотомии иногда остается стойкое расширение таза. В случае, описанном *Борткевичем*, напр., подвергшаяся этой операции женщина впоследствии родила доношенного ребенка силами природы, причем на месте распила кости у нее оказался костный диастаз в 2 сант. Большею частью, однако, таз после пубиотомии сохраняет свои прежние размеры, и при новых родах операцию приходится повторять, причем ее делают обычно на другой половине, хотя можно повторить и на той же, где была уже раз распилена кость.

Китнер. К вопр. о пубиотомии. Ж. А. 1905. — *Прозоровский*. Об изменении таза при пубиотомии. II С. Р. Ак. — *Ильин*. О заживлении костной раны после п. Там же. — *Личкус*. К вопр. о п. Ж. А. 1906. — *Лесовой*. К вопр. о п. Отч. Р. Вр. 1906. — *Побединский*. К вопр. о рассечении лон. кости. Р. Вр. 1906. — *Холмогоров*. О п. Там же. — *Ильин*. К вопр. о п. Дисс. СПб. 1907. — *Прозоровский*. К вопр. о п. Р. Вр. 1907. *Х. Пир*. С. — *Давыдов*. Сравн. оценка способов родоразрешения при средн. степенях сужения таза. Р. Вр. 1907. — *Венер*. К вопр. о гебостеотомии. М. Об. 1907. — *Федоров*. К вопр. о п. Пр. В. 1907. — *Юрасовский*. К вопр. о п. Отч.

там же. — *Швогер-Леттеукий*. К вопр. о п. Пр. сооб. Р. Вр. 1907. Дисс. СПб. 1908. — *Борткевич*. К вопр. о гебостеотомии. Ж. А. 1908. — *Александров*. О п. Отч. Вр. Г. 1908. — *Канне-иссер*. К вопр. о п. Яр. 1908. — *Туканадзе*. К вопр. о п. по откр. способу. Пр. в. 1909. — *Строганов*. Оценка совр. сост. вопроса о п. III С. Р. А. — *Борткевич*. К вопр. о посл. родах у женщин, перен. гебостеотомии. Вр. Г. 1909. — *Холмогоров*. Послед. роды после п. Р. Вр. 1909. — *Неелов*. Совр. состояние вопр. о п. Ж. А. 1910. — *Кривский*. К вопр. о втор. гебостеотомии. Ж. А. 1910. — *Гусев*. К вопр. о п. Р. Вр. 1910. — *Ярцев*. К вопр. о п. Ж. А. 1910. — *Кривский*. Совр. положение гебостеотомии. Вр. Г. 1912. — *Брюно*. К вопр. о п. Отч. Вр. Г. 1913. — *Гусаков*. К вопр. об оценке геботомии в тер. узкого таза. Ж. А. 1914. — *Гусаков*. О п. Отч. Вр. Г. 1916.

Казуистика: *Строганов*, отч. Р. Вр., 1906; *Саалов*, Ж. А., 1906; *Блох*, Пр. Вил. М. О., 1907; *Дыский*, отч. Пр. В., 1907; *Александров*, М. Об., 1908; *Юрасовский*, отч. Пр. В., 1908; *Кривский*, Вр. Г., 1909; *Кузьмин*, М. Об., 1909; *Твердовский*, Хир., 1909; *Какушкин*, отч. Вр. Г., 1910; *Прозоровский*, Ж. А., 1910; *Кривский*, отч. Р. Вр., 1912; *Потеенко*, Р. Вр., 1912.

Ишио-пубиотомия. После симфизеотомии получается симметрическое расширение обеих половин таза. Лишь в незначительной степени одна половина тазового кольца расширяется больше другой и после пубиотомии. Между тем, как мы видели, среди узких тазов иногда встречаются такие, где суженной является преимущественно одна половина, которая главным образом и нуждается в расширении, — это кососуженные тазы. Именно для таких то тазов *Farabeuf*'ом и предложена операция ишио-пубиотомии, при которой тазовое кольцо распиливается на значительном расстоянии от симфиза (4 сант.), уже в области *foraminis obturatorii*, — так, что при этой операции приходится распиливать, кроме лонной кости (горизонтальной ее ветви), и седалищную (восходящую ее ветвь).

Особенно показанною является эта операция при анкилотической разновидности кососуженного таза. Дело в том, что *conditio sine qua* non расширения тазового кольца после симфизеотомии и т. п. операций это — известная подвижность тазовых костей в крестцово-подвздошных сочленениях. Если крестцово-подвздошное сочленение на известной стороне анкилозировано, — что, как мы уже отметили,

сопровождается сужением данной половины тазового кольца, — то после симфизеотомии вся безымянная кость этой стороны, а после пубиотомии — почти вся, не отойдет кпереди, и расширения суженной половины тазового кольца не получится, расширится лишь здоровая половина, которая и без того не нуждается в расширении. Чтобы получилось расширение больной половины, надо чтобы безымянная кость, принадлежащая этой половине, была перепилена возможно ближе к анкилозированному сочленению, и чтобы неподвижной осталась возможно меньшая ее часть, возможно большая же могла отойти кпереди вместе с другою безымянною костью. Это и достигается путем операции *Farabeuf'a*.

Уже из сказанного можно видеть, что ишио - пубиотомия имеет очень узкий круг применения. Поэтому я и считаю излишним подробно останавливаться на ней. Замечу лишь, что техника ее довольно сложна, и выполнение ее сопряжено с значительным повреждением мягких частей.

Резекция мыса крестцовой кости. Хотя в некоторых случаях симфизеотомия и пубиотомия и дают стойкое расширение таза, но это случается далеко не часто, — в большинстве случаев после этих операций тазовое кольцо сохраняет прежние размеры. Чтобы достигнуть стойкого увеличения прямого размера входа в таз, *Rotter* предложил резецировать мыс крестцовой кости. Операцию эту лучше всего, в подходящих случаях, производить в заключение кесарского сечения. Будучи применена уже в довольно большом числе случаев в Германии, она оказалась вполне целесообразною и далеко не столь трудною технически, как это может показаться с первого взгляда. Во всяком случае, однако, операция эта находится еще в стадии разработки, и установка как показаний к ней, так и наиболее рациональных приемов для ее выполнения представляет дело будущего.

2) Подготовительные акушерские операции, имеющие целью устранение препятствий для родов со стороны различных составных частей плодного яйца.

Разрыв плодного пузыря. Состоящий из ворсистой и водной оболочек плодный пузырь во время акта родов играет важную

роль в раскрытии маточного зева. Когда эта роль будет сыграна, когда зев раскроется вполне, — пузырь становится не только излишним, но и вредным для плода, так как изгнание последнего в целом пузыре ведет к преждевременной отслойке плаценты и на этой почве к асфиксии плода. Отсюда наличие пузыря при полном раскрытии зева является первым показанием к его разрыву.

Иногда, однако, к искусственному разрыву плодного пузыря выгодно бывает прибегать и при неполном раскрытии зева. Так бывает прежде всего при чрезмерно-большом количестве околоплодных вод или гидрамнионе. Чрезмерно растянутая, благодаря очень большому объему плодного яйца, матка при гидрамнионе не в состоянии бывает развивать достаточно энергичной сократительной деятельности, роды осложняются абсолютною слабостью маточных схваток, и, чтобы усилить в подобных случаях родовую работу матки, лучшим средством является уменьшение объема яйца путем выпускания околоплодной жидкости, т. е. разрыва пузыря.

Следующим показанием к разрыву плодных оболочек, еще до полного раскрытия зева, служат некоторые виды предлежания последа — *placenta praevia marginalis* и отчасти — *lateralis*. В своем месте уже было указано, что при краевом предлежании последа, а иногда и при боковом, вскрытия пузыря бывает достаточно, чтобы остановить кровотечение у роженицы, зависящее здесь от преждевременной отслойки детского места.

Показывается искусственный разрыв плодного пузыря до полного раскрытия зева и при преждевременной отслойке плаценты, сидящей на нормальном месте, хотя здесь эта мера в смысле остановки кровотечения и дает меньший эффект, чем при предлежании последа.

Далее, к разрыву пузыря еще до полного раскрытия зева уместно бывает прибегать в тех случаях, где желательно, чтобы предлежащая часть плода фиксировалась в положении, приданном ей каким-либо приемом. Если, напр., лицевое предлежание плода превращено в затылочное, то, чтобы удержать последнее, следует разорвать пузырь; если косое положение плода превращено в продольное, и предлежащая часть, находившаяся ранее сбоку, смещена каким-либо приемом во вход таза,

то для сохранения ею приданного положения можно также прибегнуть к разрыву пузыря и т. п.

Наконец, разрыв пузыря еще до полного раскрытия зева бывает показан там, где является необходимость еще при неполном открытии проникнуть в полость плодного яйца для каких-либо оперативных приемов (поворота по *Braxton-Hicks*'у, низведения ножки и пр.).

В практике нередко прибегают к разбираемой мере и при отсутствии перечисленных сейчас показаний, с целью ускорения родов, и некоторые представители современного научного акушерства (*van der Hoeven*) возводят даже такой образ действий в принцип. Большинство, однако, держится взгляда, что к разрыву плодного пузыря при неполном раскрытии зева следует прибегать только при наличии указанных показаний, и что, будучи применяема без разбора, эта маленькая операция приносит больше вреда, чем пользы: мало того, что иногда, будучи произведен при незначительном раскрытии зева, разрыв пузыря не только не ведет к ускорению родов, а наоборот, — затягивает их, — несвоевременное применение его способствует, далее, проникновению инфекции в полость матки, благоприятствует происхождению чересчур больших надрывов зева и т. п.

Что касается техники разрыва пузыря, то она очень проста, — во время схватки напряженный пузырь без труда можно проткнуть просто пальцами. Лишь в редких случаях, если оболочки очень плотны, их не удастся прорвать и при этих условиях; тогда для разрыва проще всего прибегнуть к обыкновенной головной шпильке, которая разгибается, стерилизуется кипячением и вводится вместе с указательным пальцем, прижатую к его мякоти, после чего врач разрывает напряженный пузырь концом ее. Гораздо труднее бывает произвести разрыв пузыря в тех случаях, где он плотно прилегает к головке плода. Иногда это прилегание бывает настолько значительно, что путем ощупывания трудно бывает даже определить, принадлежит ли свободная головка, или головка, обтянутая пузырем, и для дифференциального диагноза приходится прибегать к осмотру

при помощи зеркал. В подобных случаях нередко помогает делу энергичное надавливание наружною рукою на дно матки, — часть околоплодной жидкости при этом смещается в нижний отрезок пузыря, отделяет его от поверхности головки и позволяет легко разорвать его пальцем или шпилькой.

В большинстве случаев пузырь можно бывает разрывать в области зева. Лишь при гидрамнионе это место является неудобным; если при гидрамнионе разорвать пузырь в зеве, то околоплодная жидкость, изливаясь стремительным потоком, может увлечь за собою ручку плода или пуповину; кроме того, быстрое опорожнение матки может при этом вызвать отслойку плаценты или атоническое состояние маточной мышцы. Поэтому при гидрамнионе рекомендуется, войдя пальцем в зев, сначала отслоить на некотором расстоянии оболочки от маточной стенки и затем уже проткнуть пузырь выше зева, — тогда околоплодная жидкость будет изливаться медленно, и не произойдет тех нежелательных осложнений, о которых было упомянуто сейчас. Можно также для вскрытия пузыря выше зева воспользоваться в подобных случаях катетером с мандрином; втянув мандрин в канал катетера, проводят последний между яйцевыми оболочками и маточной стенкой, затем, на известной высоте, выдвигают мандрин и прокалывают им оболочки, после чего извлекают катетер.

Вправление пуповины. Если петля пуповины находится в малом тазу при целом (предлежание пуповины) или разорванном пузыре (выпадение пуповины), то покажется, — особенно при головных предлежаниях, где такое положение пуповины наиболее опасно, — вправление ее, так как при дальнейшем ходе родов пуповина может ущемиться между стенкою таза и предлежащею частью плода, каковое ущемление ведет сначала к асфиксии, потом к смерти ребенка.

Так как вправление предлежащей или выпавшей пуповины применяется исключительно в интересах плода, то первым условием, при котором следует производить эту операцию, является наличие пульсации пуповины, т. е., другими словами, плод должен быть жив. Вторым условием, необходимым для данной операции, служит подвижность предлежащей части (головки), ибо лишь при этом условии запрошенная пуповина

имеет шансы остаться в большом тазу. В-третьих, для некоторых способов вправления пуповины нужно известное раскрытие зева. Помимо того данную операцию есть смысл производить лишь при таких размерах таза у роженицы, чтобы головка плода могла встаться в него без предварительного ее уменьшения, так как только при этом существует опасность ущемления предлежащей или выпавшей пуповины.

Переходя к технике этой операции, заметим, что при предлежании пуповины вправления ее можно достигнуть просто путем изменения положения роженицы, — именно, последняя кладется на тот бок, к которому прилежит головка плода. Дело в том, что данная аномалия положения пуповины обычно имеет место при несколько косвенном положении плода (см. рис. 318), когда головка его стоит не симметрично над входом в таз, а асимметрично, больше над одной половиной тазового кольца; при этом между периферией головки и боковым краем входа остается щель, в которую и выпячивается петля пуповины. Когда роженица ляжет на тот бок, куда обращена головка плода, то, при целом пузыре, ягодичный конец в силу своей тяжести опускается в эту сторону, головка же смещается в противоположном направлении, оттесняет пуповину и, становясь симметрично над входом в таз, мешает ей опускаться в последний. Вправление рукою предлежащей пуповины, т. е. через плодовые оболочки, обыкновенно не увенчивается успехом; кроме того, при попытках произвести его мы рискуем разорвать плодный пузырь и превратить таким образом предлежание в выпадение.

Вправление выпавшей пуповины при достаточном раскрытии маточного зева производится рукою, лучше в коленно-локтевом положении роженицы или в положении на том боку, с которого лежит выпавшая петля пуповины. Захватив ее рукою, врач смещает ее кверху, в большой таз, по пути отодвигая головку, затем выводит руку и тотчас же заставляет роженицу лечь на противоположный бок. Тогда, в силу указанной уже причины, головка изменяет свое положение, становясь симметрично над входом в таз и мешая пуповине вновь выпасть.

Если выпадение пуповины имеет место при настолько мало раскрытом зеве, что провести чрез последний всю руку ока-

зывается невозможным, то можно попытаться вправить пуповину несколькими пальцами — четырьмя, тремя, даже двумя, если же зев не пропускает и двух пальцев, или последние оказываются слишком короткими, чтобы заправить выпавшую пуповину достаточно высоко, то вправление производится при помощи репозитория. Под таким названием известны инструменты для захвата и вправления пуповины, придуманные различными акушерами, причем некоторые из этих инструментов являются довольно



Рис. 601. Конец репозитория с захваточной петлей пуповины.

сложными. В простейшем виде репозиторий представляет собою тонкую палочку, лучше металлическую, с гладкою поверхностью, закругленным концом и петелькой из тонкого шнура на этом конце. Уложив роженицу в коленно-локтевом положении или на том боку, с которого находится пуповина, кладут последнюю на конец репозитория, удерживают ее при помощи петельки и проталкивают репозиторием мимо головки вверх, после чего, осторожно потягивая репозиторий назад, заставляют петельку соскочить с него. Освободившаяся пуповина остается в большом тазу, репозиторий же извлекается из половых путей, а роженицу вслед за этим немедленно кладут на бок, соответствующий положению головки.

Так как весьма часто случается, что заправленная петля пуповины вскоре вновь выпадает, то *Феноменов* предлагает вводить в матку, тотчас после вправления, или дезинфицированную губку с привязанной к ней ниткой, или, еще лучше рыхло свернутый тампон из стерильной марли, также на нитке; тампон этот, с одной стороны, мешает заправленной пуповине вновь выпасть, а с другой — не мешает поступательному движению головки.

Вправление ручки. Таким же образом, как и пуповина, вправляется предлежащая или выпавшая ручка плода, вправление которой является показанным при головных предлежаниях плода, — если притом головка еще не вколотилась в таз. Как известно, головка представляет собою, в поперечном сечении,

настолько об'емистую часть плода, что она одна едва в состоянии бывает пройти чрез тазовое кольцо; если вместе с нею через таз будет проходить и ручка, то просвет тазового кольца, особенно при известных степенях сужения, может оказаться недостаточным, головка может ущемиться в тазу, и изгнание ее может оказаться или очень трудным, или даже прямо невозможным.

Говоря о вправлении предлежащей или выпавшей ручки, надо, однако, заметить, что для него не приходится прибегать, как это бывает иногда при вправлении пуповины, к помощи репозитория, — ручка заправляется или путем изменения положения роженицы (при ее предлежании), или рукою (при ее выпадении).

Надобно также иметь в виду, что при растянутом нижнем сегменте вправление выпавшей ручки рукою акушера требует известной осторожности, — в русской акушерской литературе имеется описание одного случая, наблюдавшегося *Меркуловым*, где грубые попытки повитухи вправить выпавшую ручку повлекли за собою отрыв рукавного свода с выходением плода в брюшную полость.

Меркулов. Отрыв пер. свода во вр. родов и выходение плода в брюшную полость. Вр. 1899.

Поворот. Важнейшею в практическом отношении операцией, принадлежащей к разбираемой группе, является, бесспорно, операция акушерского поворота. Под этим названием издавна уже известна операция исправления положения плода. Мы знаем, что при некоторых положениях последнего, — именно, при поперечных и косых, — роды являются совершенно невозможными и без исправления положения грозят смертью и матери, и ребенку. Чтобы спасти и роженицу, и плод, надо превратить поперечное (resp. косое) положение плода в продольное, т. е. произвести операцию поворота. При этом в одних случаях выгоднее бывает вместо поперечного иметь продольное положение с предлежанием головкою, в других же продольное положение с предлежанием тазовым концом.

Нередко, однако, и продольное положение нуждается в исправлении, — именно, если оно сочетается с головным пред-

лежанием, тогда как в интересах матери или плода было бы выгоднее предлежание тазовым концом, или, наоборот, — если плод лежит продольно в предлежании тазовым концом, а для него или для роженицы было бы выгоднее, чтобы он предлежал головкою.

Отсюда мы имеем четыре основных вида поворота: 1) поворот с поперечного положения на головку, 2) поворот с поперечного положения на тазовый конец, 3) поворот с головки на тазовый конец и 4) поворот с тазового конца на головку. Каждый из этих видов представляет, как мы увидим ниже, несколько технических разновидностей.

Общим показанием ко всем этим видам поворота является, стало быть, невыгодность данного положения или предлежания для матери, или плода, или обоих вместе. Из общих условий, необходимых для всех видов поворота, первым является подвижность плода; поворота нельзя предпринимать в тех случаях, где плод какою-либо частью тела неподвижно вколотился в тазовое кольцо; необходимость этого условия вытекает уже из самого понятия о повороте. Вторым необходимым условием для всех видов поворота является отсутствие абсолютного сужения таза, ибо при таком сужении для извлечения плода необходимо прибегать к образованию искусственных путей, т. е. производить операцию кесарского сечения, а при кесарском сечении безразлично, лежит ли плод в продольном положении, или в поперечном, предлежит он головкою или тазовым концом. Что касается, наконец, подготовки больной к операции, то для всех видов поворота желательно опорожнение мочевого пузыря и прямой кишки у роженицы.

Переходя затем к разбору отдельных видов поворота, остановимся сначала на повороте с поперечного положения на головку. Показанием к этому виду поворота, как и к повороту с поперечного положения на тазовый конец, является, стало быть, поперечное положение плода. Но когда при нем надо поворачивать плод на головку и когда — на тазовый конец? Чтобы ответ на этот вопрос был ясен, необходимо принять во внимание выгоды тазового предлежания пред головным. Главная из этих выгод — та, что, если во время родов состояние матери или ребенка потребует возможно быстрого родо-

разрешения, то при тазовом предлежании это можно бывает сделать легко, при головном же — зачастую нельзя: в тазовом конце и в частности в ножках плода акушер имеет такую точку приложения силы, которая позволяет в очень короткое время извлечь ребенка, извлечение же последнего за головку, при помощи щипцов, требует гораздо более продолжительного времени, в течение которого, напр., находящийся в асфиксии ребенок может совершенно погибнуть. Отсюда поворот с поперечного положения на головку следует делать лишь в таких случаях, где можно думать, что роды протекут, после этой операции, совершенно благополучно для матери и плода и не будут представлять таких осложнений, которые бы потребовали быстрого их окончания с оперативной помощью. Но предвидеть заранее такое течение родового акта не всегда бывает возможно даже и для опытного акушера. Оттого в практике поворот с поперечного положения на головку и производится сравнительно редко, — в большинстве случаев поперечное положение превращается в продольное с предлежанием тазовым концом. В частности непременным условием применения поворота с поперечного положения на головку является наличие у роженицы таза нормальных или почти нормальных размеров, ибо при суженном тазе всегда можно ожидать таких осложнений родов, которые потребуют быстрого извлечения ребенка, и потому в подобных случаях выгоднее превращать поперечное положение в продольное с предлежанием тазовым концом. Кроме того, так как при данной форме поворота имеются в виду главным образом интересы плода, то непременным условием поворота с поперечного положения на головку является наличие живого плода.

Что касается выполнения поворота с поперечного положения на головку, то оно может быть произведено четырьмя способами: 1) путем изменения положения роженицы, 2) путем наружных приемов, 3) путем внутренних приемов и 4) путем комбинированных наружно-внутренних приемов.

Первая техническая модификация поворота на головку может иметь место в тех случаях, где врач имеет пред собою не собственно — поперечное, а косое положение, притом такое, когда ближе ко входу в таз лежит головка, а не тазовый конец.

В подобных случаях, чтобы достигнуть исправления положения плода, с образованием головного предлежания, иногда достаточно бывает положить роженицу на тот бок, куда обращена головка плода, — тогда, при достаточном количестве вод в пузыре, тазовый конец в силу своей тяжести смещается в сторону, где лежит головка, последняя же отклоняется в противоположную сторону и становится над входом в таз, т. е. плод принимает продольное положение с головным предлежанием.

Уже из сказанного сейчас можно видеть, в чем заключаются выгодные и невыгодные стороны данной модификации. Главную невыгоду последней представляет крайне ограниченный круг ее применения: поворот с поперечного положения на головку путем изменения положения роженицы удастся лишь в тех случаях, где имеется косое положение, притом такое, когда головка стоит ближе к тазовому входу, чем ягодицы; кроме того, плод здесь должен обладать высокою степенью подвижности, а для этого пузырь должен быть цел, и в нем должно находиться значительное количество околоплодной жидкости. Все эти условия встречаются очень нечасто. Зато данная разновидность поворота обладает и крупными достоинствами: исправление положения плода происходит при ней без всяких хлопот со стороны врача и безболезненно для роженицы, которая, кроме того не подвергается при этом никакой опасности инфекции.

Поворот с поперечного положения на головку наружными приемами, введением которого в акушерскую практику мы обязаны главным образом *Wigand'y*, производится следующим образом: уложив роженицу на спине с согнутыми ногами и приподнятым тазом, акушер во время паузы между схватками нащупывает хорошенько обеими руками крупные части плода, захватывает их и, смещая головку ко входу в таз, а ягодицы — к дну матки, старается повернуть тело плода по ходу часовой стрелки или в обратном направлении, смотря по позиции. При этом поперечное положение сначала превращается в косое, потом косое — в продольное. Когда головка станет над входом в таз, — рекомендуется, чтобы зафиксировать продольное положение, разорвать пузырь; поэтому многие советуют произ-

водить этот поворот в то время, когда пузырь вполне или в значительной мере уже сыграл свою роль, т. е. при достаточном раскрытии зева.

Выгоды этой разновидности поворота очевидны: техника его очень проста, операция не требует никаких сложных приготовлений, кроме опорожнения мочевого пузыря и прямой кишки у роженицы, а главное — последняя при этом не

подвергается опасности инфекции полового канала. К сожалению, условия, необходимые для успешного выполнения и этой модификации поворота, встречаются в практике нечасто; чтобы исправить поперечное положение наружными приемами, нужна значительная подвижность плода, имеющая место лишь при целом пузыре и большом количестве околоплодной жидкости; далее, брюшные стенки у роженицы не должны быть слишком толсты, и пальпация их не должна быть болезненна. К невыгодным сторонам данной разновидности поворота относится и то, что вскоре после исправления положения по этому способу нередко плод опять принимает неправильное положение.

В противоположность обоим сейчас упомянутым видоизменениям, поворот с поперечного положения на головку внутренними приемами может быть успешно выполнен и в тех случаях, где подвижность плода уже в значительной степени утрачена, — воды сошли, матка плотно обхватывает тело плода. Однако данной модификации поворота присущи и крупные невыгоды; так как при ней приходится вводить в полость матки всю руку, то для выполнения поворота здесь необходимо полное или почти полное раскрытие зева; далее,



Рис. 602. Поворот с поперечного положения на головку наружными приемами (по Wigand'y).



Рис. 603. Внутренний поворот с поперечного положения плода на головку по способу Busch'a.

ног больной, которая для данной операции укладывается обыкновенно на край операционного стола или поперечной кровати с согнутыми и разведенными ногами, и т. д.

Выполняется внутренний поворот с поперечного положения на головку чаще всего или по способу *Busch'a*, или по способу *d'Outrepoint'a*. Способ *Busch'a* иначе называется способом непосредственных приемов, ибо при нем введенная в матку рука, а вводится в матку обычно рука, соответствующая положению головки, — непосредственно захватывает последнюю и низводит ко входу в таз, тогда как другою рукою акушер снаружи отталкивает ягодичный конец плода вверх. При способе *d'Outrepoint'a* в матку вводится, наоборот,



Рис. 604. Внутренний поворот с поперечного положения на головку по способу *d'Outrepoint'a*.

роженница подвергается здесь значительной опасности инфекции полового канала, а также опасности повреждения мягких частей последнего; наконец, операция эта требует известной подготовки, и обстановки, — кроме опорожнения мочевого пузыря и *recti*, необходима тщательная дезинфекция вульвы и рукава, нужен глубокий наркоз, нужна ассистентура для удерживания

рука, соответствующая положению тазового конца плода, причем эту руку акушер смещает тазовый конец вверх, тогда как наружную руку старается сместить головку ко входу в таз; оттого способ этот и называется, в противоположность *Busch*'евскому, способом посредственного поворота.

Как очевидно из сказанного, и внутренний поворот в сущности является комбинированным, так как при нем внутриматочные манипуляции сочетаются с наружными. В акушерстве, однако, название комбинированного поворота преимущественно усвоится той модификации поворота, которая была предложена *Braxton-Hicks*'ом, и при которой в матку вводится лишь два пальца.

При повороте с поперечного положения на головку для внутренних манипуляций употребляется обычно (но не обязательно) рука, соответствующая положению ягодиц плода, — при 1 поперечном положении левая, при 2 — правая; или вся кисть ее, или четыре пальца (кроме большого) вводятся в рукав, в зев же вводят указательный и средний пальцы и этими пальцами отталкивают кверху все доступные части плода, кроме головки; в то же время наружной рукой, через брюшные стенки, акушер старается сместить ко входу в таз головку.



Рис. 605. Поворот с поперечного положения на головку по *Braxton-Hicks*'у.

Повороту по *Braxton-Hicks*'у в значительной мере чужды невыгодные стороны внутреннего поворота: он требует для своего выполнения лишь незначительного раскрытия зева, да и опасность занесения инфекции в матку при нем гораздо меньше. В то же время ему до известной степени присуще главное достоинство внутреннего поворота, — при помощи его

удается исправить положение плода и в таких случаях, где поворот наружными приемами, не говоря уже о повороте путем изменения положения роженицы, не ведет к цели. Оттого разбираемая модификация поворота уже вскоре после своего появления завоевала себе широкое поле применения в акушерской практике.

Поворот с поперечного положения на тазовый конец, применяемый в практике гораздо чаще поворота на головку, может быть выполнен также четырьмя способами: путем изменения положения роженицы, наружными приемами по *Wigand'y*, внутренними приемами и по *Braxton-Hicks'y*.

Первая модификация этого поворота возможна лишь там, где имеется косое положение, притом такое, когда ягодичцы лежат ближе ко входу в малый таз, чем головка. Если в добавок к этому плод обладает значительною степенью подвижности, т. е. если плодный пузырь цел, и околоплодной жидкости в нем много, то для исправления положения плода бывает достаточно, чтобы роженица легла на тот бок, куда обращен тазовый конец ребенка, — тогда головка, в силу своей тяжести, опускается на эту сторону, тазовый конец смещается в противоположном направлении и становится над входом в таз, т. е. плод принимает продольное положение.

Как и при повороте с поперечного положения на головку путем изменения положения роженицы, отрицательную сторону данной разновидности составляет крайне ограниченный круг ее применения. Условия, при которых поперечное положение плода может быть превращено в продольное с предлежанием тазовым концом путем простого изменения положения роженицы встречаются в практике крайне редко. Кроме того здесь надобно считаться с тем обстоятельством, что, если до поворота ножки плода были вытянуты, и ступни их лежали около головки, то и после поворота сохраняется то же членорасположение, т. е. создается чистое ягодичное предлежание. А при чистом ягодичном предлежании извлечение плода иногда бывает еще труднее и требует еще более продолжительного времени, чем извлечение плода за головку при помощи щипцов. Другими словами говоря, производя поворот с поперечного положения на тазовый конец и получив чистое ягодичное предлежание, акушер утрачивает то

преимущество, ради которого собственно и избирается поворот на тазовый конец предпочтительно пред поворотом на головку, — возможность, в случае нужды, быстрым извлечением ребенка спасти его жизнь.

Поворот с поперечного положения на тазовый конец наружными приемами производится при таких же условиях и таким же образом, как и аналогичный поворот с поперечного положения на головку, представляя те же выгоды и невыгоды. К последним здесь надо присоединить, кроме того, ту невыгоду, которая сейчас была отмечена по отношению к предыдущей модификации, а именно, возможность получить чистое ягодичное предлежание. С этой точки зрения поворот внутренними приемами представляет решительные преимущества, — после него акушер всегда имеет возможность получить ножное предлежание, т. е. такое, при котором он может, в случае нужды, в самое короткое время извлечь ребенка. Оттого внутренний поворот при поперечном положении и пользуется таким широким применением в практике — тем более, что внутренними приемами можно исправить положение плода даже и в тех случаях, где последний в известной мере утратил свою подвижность (воды сошли, притом сошли задолго до операции, и матка плотно охватывает тело плода).

Практическая важность данной модификации требует, чтобы мы несколько подробнее остановились на ее технике.

После того, как положение плода, его позиция и вид точно выяснены путем тщательного исследования, и кишечник роженицы опорожнен при помощи клизмы, роженица укладывается на край стола или поперечную кровать и усыпляется. Усыпление надо непременно доводить до глубокого наркоза, так как поверхностный наркоз скорее затрудняет производство операции, чем облегчает ее. Во время усыпления наружные половые части и рукав роженицы тщательно дезинфицируются, причем попутно опоражнивается катетером мочевого пузыря; затем акушер, одною рукою раздвинув половые губы, другую вводит в родовые пути. Само собою разумеется, что перед введением рука должна быть по возможности обеззаражена, а еще лучше — после надлежащей дезинфекции одета в стерильную резиновую перчатку.

Авторы руководств по оперативному акушерству различным образом отвечают на вопрос, какую руку лучше вводить для внутреннего поворота на ножки при поперечном положении. Одни советуют вводить руку, соответствующую положению тазового конца плода, т. е. при I поперечном положении левую, при II — правую; другие при выборе руки рекомендуют обращать внимание не только на позицию плода, но и на вид позиции, а именно, при переднем виде — вводить руку одноименную с той стороной матери, куда обращен тазовый конец плода, при заднем же, наоборот, — разноименную; по мнению третьих выбор руки довольно безразличен, и при всяком виде и позиции можно вводить ту руку, которою лучше владеет акушер, т. е., в большинстве случаев, правую. Это последнее мнение кажется мне вполне основательным.



Рис. 606. Введение руки в половой канал роженицы для внутреннего поворота.

Во всяком случае, какая бы рука ни была избрана для поворота, ее следует вводить, сложивши пальцы в виде конуса и обратив тыльную поверхность кисти кзади или кзади и в сторону, причем, чтобы проникнуть в большой таз, лучше продвигать руку не по средней линии, а сбоку от мыса. Само собою разумеется, что введение руки удобнее производить не во время схватки, а во время паузы.

Если, как это часто бывает, поперечное положение осложнено выпадением ручки, то заправлять последнюю ни в коем случае не следует, а лучше, наложив на нее петлю из стерильной тесьмы, поручить кому-либо из помощников слегка оттягивать ее в сторону. Тем более, конечно, не надобно думать о вылущении выпавшей ручки или отрезывании ее.

Войдя рукою в область зева, акушер в тех случаях, где операция производится при не сошедших еще водах, прежде всего наталкивается на пузырь. Чтобы добраться до ножек плода, он должен вскрыть последний. Но где именно следует производить разрыв пузыря? Большинство предпочитает рвать его в самом зеве, но некоторые советуют предварительно пройти рукою между обочками и стенкой матки до того уровня, где лежит



Рис. 607. Внутренний поворот при поперечном положении с выпадением ручки плода.

тазовый конец плода, и лишь здесь входить в пузырь. Защитники этого способа указывают на то, что при нем воды стекают медленно, а наличие вод в пузыре облегчает процедуру поворота. Однако, если пузырь вскрывается и в зеве, то и при этом истечение околоплодной жидкости совершается несразу, так как находящаяся в половом канале рука является как бы тампоном, мешающим быстрому излианию вод; имея в виду это обстоятельство, акушер вправе вскрывать пузырь и в самом зеве.

Проникнув рукою в амниональную полость, оперирующий отыскивает затем ножки плода. По немецкому способу он достигает

ножек кратчайшим путем, перемещая руку по брюшной поверхности плода к тому месту, где он предполагает найти ножки; по французскому же способу его рука проделывает более длинный путь, — перемещаясь по спинке ребенка, она переходит затем на ягодицы, с ягодиц на бедра, с бедер на голени и, наконец, на ступни. Этот последний способ несколько кропотливее, но зато надежнее, при нем же способом ощупывающая рука может запутаться в петлях пуповины, а главное легче может смешать с ножками ручки.

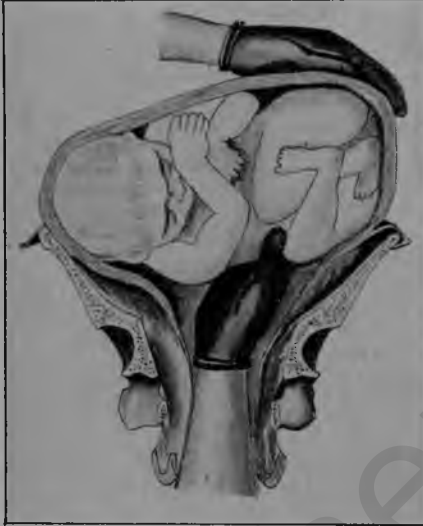


Рис. 608. Нахождение ножек плода, при внутреннем повороте, по французскому способу.

Впрочем наличие пяточной кости у ножек и большая длина пальцев ручек позволяют распознать с какими конечностями, верхними или нижними, имеет дело акушер. Пока внутренняя рука отыскивает ножки, другою рукою акушер смещает навстречу ей тазовый конец плода снаружи.

Сколько, спрашивается далее, ножек должен захватывать акушер, добравшись до них, — одну или обе? Вопрос этот обыкновенно решается в том смысле, что достаточно захватить одну ножку, хотя, если под руку попадутся обе ножки, то не будет грехом захватить и обе; напротив, при этом цель операции, превращение поперечного положения в продольное, достигается вернее.

В трудных случаях поворота акушер должен довольствоваться захватыванием той ножки, которая первую попадет под руку (обыкновенно это бывает нижележащая ножка). Если, однако, пространственные отношения позволяют ему выбирать, то обыкновенно рекомендуется при переднем виде захватывать нижележащую ножку, при заднем же — вышележащую, так как при заднем виде в задачу оператора входит не только превратить

поперечное положение в продольное, но и превратить задний вид в передний, а это бесспорно легче достигается при влечении за вышележащую ножку: при низведении нижележащей ножки обыкновенно после поворота сохраняется тот вид, который существовал до поворота.

Феноменов впрочем утверждает, что совершенно безразлично, захватывать при повороте вышележащую или нижележащую ножку, — в том и другом случае, каков бы ни был ранее вид, в котором лежал плод, после поворота он рождается со спинкой, обращенной кпереди. А так как нижележащая ножка обыкновенно бывает более доступна для захватывания, то этот автор и советует всегда низводить нижележащую ножку.

Как захватывать ножку? В большинстве руководств ее рекомендуется захватывать, ущемив выше лодыжек между указательным и средним пальцами. Другие, — и я в том числе, — предпочитают захватывать ножку в области голено-стопного сочленения тремя пальцами так, что один (средний) кладется на тыл стопы, другой (указательный) на пятку, а третий (большой) — на подошву. Третьи, наконец, как *Феноменов*, советуют захватывать ножку полною рукою за голень; при этом, конечно, ножка имеет меньше шансов выскользнуть, но зато легче и повредить ее при низведении. Если поворот производится на обе ножки, то лучше всего захватывать их выше лодыжек между указательным, средним и безымянным пальцами так, что средний располагается между ножками.



Рис. 609. Захватывание ножки плода, при внутреннем повороте, тремя пальцами.



Рис. 610. Захватывание ножки плода, при внутреннем повороте, полною рукою (по Феноменову).

плотно охватывает тело плода, и последний в значительной степени утратил свою подвижность, — после низведения одной ножки тело плода продолжает сохранять поперечное положение. В подобных случаях лучшим средством добиться исправления положения является низведение второй ножки. Чтобы уже низведенная ножка не мешала, на нее накладывается петля, и за эту петлю кто-либо из помощников удерживает ножку в стороне. В то же время оперирующий вторично входит рукою в матку, отыски-

Когда ножка захвачена, ее низводят сначала в рукав, потом наружу из половой щели, причем во время низведения оперирующий может переместить и внутреннюю руку, захватывая ею за голень всю кистью, а главным образом должен переместить наружную руку с тазового конца на головку, которая отталкивается к дну матки. В большинстве случаев это удается легко, и плод принимает таким образом продольное положение. Лишь иногда, — при давно сошедших водах, когда матка



Рис. 611. Низведение захваченной ножки в рукав при внутреннем повороте.

вает вторую ножку, захватывает ее по указанным уже выше правилам и извлекает сначала в рукав, затем из половой щели, отталкивая одновременно головку плода в дно матки наружную рукою.



Рис. 612. Извлечение захваченной ножки, при внутреннем повороте, из половой щели.

Второй способ добиться исправления положения плода в тех случаях, где низведение ножки не ведет к желаемой цели, — это т. наз. двойной прием *Smellie*. Наложив на голеностопный сустав низведенной ножки петлю, акушер одною рукою потягивает за нее, другою же, соответствующею положению головки, входит в матку и отталкивает, вне схватки, плечико и головку плода кверху. Прием этот надежнее, чем низведение второй ножки, ведет к цели, но, к сожалению, он сопряжен с значительною опасностью разрыва матки, почему некоторые авторы (у нас — *Феноменов*) и считают его недопустимым.

Четвертая модификация поворота с поперечного положения на тазовый конец, поворот по *Braxton-Hicks*'у в значительной степени соединяет в себе выгодные стороны предыдущих модификаций без их невыгод. Он не требует, как внутренний поворот, для своего выполнения полного раскрытия зева, — для него достаточно, если зев будет раскрыт на два пальца; он сопряжен, далее, с меньшею опасностью инфекции, чем внутрен-



Рис. 613. Двойной прием Smellie.

ний поворот; в то же время этим способом можно исправить положение плода и в тех случаях, где подвижность последнего не особенно велика, а главное — результатом его является, как и при внутреннем повороте, ножное предлежание.

Техника его в общем такова же, как и техника аналогичной модификации поворота с поперечного положения на головку (см. рис. 605): введя в рукав ту или другую руку, — лучше — соответствующую положению головки плода, — и проникнув в матку несколькими пальцами ее (смотря по степени раскрытия зева, напр., при зеве, открытом на 2 пальца, — указательным и средним), акушер отталкивает ими вверх головку и плечико, а наружной рукой старается сместить книзу тазовый конец плода. Когда, благодаря этому, одна из ножек приблизится к введенным в матку пальцам, она захватывается ими и низводится, причем одновременно оперирующий переносит наружную руку на головку и отталкивает ее вверх.

Некоторые акушеры считают возможным производить поворот по *Braxton-Hicks*'у и при зеве, открытом всего лишь на один палец. В таком случае в матку вводится лишь указательный палец внутренней руки, который и захватывает смещенную к нему наружной рукой ножку за коленный сгиб. Если захваченная таким образом ножка не может быть проведена через зев, благодаря недостаточному раскрытию последнего, то акушер удерживает ее в захваченном положении до тех пор, пока зев не раскроется настолько, что позволит низвести чрез него ножку.

Выше уже было сказано, что операция поворота применяется не только при поперечных или косых положениях, но и при продольных. В исправлении путем поворота нуждается в подобных случаях не продольное положение, которое само по себе никогда не требует исправления, а предлежание плода. Особенно часто встречаются в практике случаи, когда головное предлежание плода оказывается невыгодным и выступает желательность, в интересах матери или плода, заменить его тазовым и в частности ножным предлежанием. Ножное предлежание представляет то громадное преимущество пред головным, что в ножках плода акушер имеет точку приложения силы гораздо более удобную для быстрого извлечения ребенка, чем какую представляет головка последнего. Отсюда поворот с головки на тазовый конец показывается прежде всего в тех случаях, где или в интересах матери, или в интересах плода необходимо возможно быстрое родоразрешение. В интересах преимущественно матери, хотя отчасти и плода, возможно скорое окончание родов является, напр., желательным при эклампсии, при разрывах матки, при преждевременной отслойке плаценты, как предлежащей (*placenta praevia*), так и расположенной на нормальном месте, и пр. Для спасения ребенка быстрое извлечение его является необходимым при наступающей асфиксии, от чего бы последняя ни зависела, — от чрезмерной продолжительности родов, от ущемления пуповины, от разрыва пупочных сосудов при *insertio velamentosa*, от отслойки детского места и т. д. Во всех подобных случаях если ребенок лежит в головном предлежании, и имеются налицо необходимые условия для поворота, последний показывается, чтобы, в свою очередь, создать условия, нужные для экстракции плода; при этом со стороны плода показанием к повороту является не только уже появившаяся асфиксия, но и асфиксия, которой неизбежно надо ждать в будущем (случаи предлежания и выпадения пуповины при головном предлежании, где попытки вправления не достигли цели, и т. п.).

Далее, ножное предлежание является более выгодным, нежели головное, в тех случаях, где ножка может служить тампоном, останавливающим кровотечение, как то бывает при *placenta praevia*; поэтому *placenta praevia*, особенно *placenta*

praevia centralis, и признается всеми одним из самых практически важных показаний к повороту с головки на ножку.

С выгодой для матери и плода головное предлежание может быть заменено ножным и в случаях неблагоприятного вставления головки (лобные предлежания, задние виды лицевых предлежаний), а также в случаях предлежания и выпадения ручки, где попытки вправить последнюю почему-либо не увенчались успехом.

Наконец, многие акушеры считают более благоприятным для матери и ребенка рождение последнего в тазовом предлежании, чем в головном, и при известных степенях сужения таза. Если сужение таза таково, что, хотя и не исключает возможности, при благоприятных условиях, прохождения головки плода в неуменьшенном виде, но все же представляет для нее значительные препятствия (С. v. $7\frac{1}{2}$ — $8\frac{1}{2}$ сант.), то, по мнению многих, головка легче преодолевает последние, когда вступает в таз сначала нижним концом, прилежащим к шее, чем когда вперед идет верхний ее конец, свод черепа. С механической точки зрения, — говорят защитники т. наз. профилактического поворота при узком тазе, — головка может быть рассматриваема, в фронтальном разрезе, как комбинация двух клиньев, соединенных между собою своими основаниями; верхушка одного клина, верхнего, соответствует стреловидному шву, верхушка другого, нижнего, — области большой затылочной дыры, а основание обоих — бипариетальному размеру; нижний клин гораздо более заострен, чем верхний, а известно, что чем острее клин, тем значительнее бывает сила его действия.

Однако наряду с многочисленными защитниками профилактический поворот при узком тазе насчитывает еще большее число противников. Дело в том, что при тех степенях сужения таза, при которых его считают показанным, громадное значение для исхода родов имеет приспособляемость головки, способность ее изменять свою конфигурацию в соответствии с конфигурацией тазового просвета. Эту способность последующая головка, проходя через таз в очень короткое время, совершенно утрачивает, тогда как в предлежащей она бывает выражена иногда в поразительной степени. Вот почему большинство акушеров, признавая, что при средних степенях сужения таза роды в го-

ловных предлежаниях протекают лучше, чем в предлежаниях тазовым концом, заявляет, что сужения таза сами по себе никогда не должны служить показанием для поворота.

Впрочем и значение некоторых других показаний к повороту с головки на тазовый конец, из числа приведенных выше, оспаривается многими авторитетными представителями современного акушерства. Возьмем хотя бы эклампсию. С одной стороны возможно быстрое родоразрешение при эклампсии является желательным и в интересах матери, и в интересах плода, и с этой точки зрения поворот, как подготовительная мера к экстракции плода, является у экламптических рожениц вполне показанным; с другой стороны, однако, мы знаем, что механическое раздражение матки оказывает неблагоприятное влияние на припадки эклампсии, а операция поворота соединена именно с таким раздражением. То же самое можно сказать и относительно поворота при разрывах матки: с одной стороны, если произошел разрыв, а плод еще находится в матке, — необходимо возможно скорее опорожнить последнюю, что может быть достигнуто путем поворота с последующей экстракцией плода; с другой стороны, производя поворот ребенка в разорванной матке, акушер рискует значительно увеличить разрыв. В подобных случаях, где выступают налицо обстоятельства *pro* и *contra* поворота, вопрос о показаниях к последнему может быть решен лишь после тщательного взвешивания этих обстоятельств, причем открывается широкий простор индивидуализации отдельных случаев.

Необходимыми условиями для поворота с головки на тазовый конец, как и для всякого поворота, являются подвижность плода и отсутствие абсолютного сужения таза. Кроме того, если поворот производится в интересах плода, то последний, разумеется, должен быть жив, и таз у роженицы должен иметь такие размеры, которые бы позволяли провести чрез него ребенка в неуменьшенном виде. При мертвом плоде поворот с последующей экстракцией может быть, в случае нужды, с большою выгодой для роженицы заменен краниотомией. При живом плоде и сужениях таза, не допускающих рождения неуменьшенного в объеме ребенка *per vias naturales*, лучшим способом

родоразрешения является кесарское сечение, а при последнем безразлично, каково предлежание плода.

Обращаясь, затем, к технике поворота с головки на тазовый конец, отметим прежде всего, что этот вид поворота может быть выполнен лишь тремя способами, а не четырьмя, как повороты из поперечного положения, — достигнуть поворота путем изменения положения роженицы здесь невозможно, и в распоряжении акушера остаются, стало быть, лишь модификации наружная, внутренняя и *Braxton-Hicks'*овская.

При этом поворот с головки на тазовый конец наружными приемами в практике имеет лишь очень ограниченный круг применения, так как он удастся лишь при исключительно благоприятных условиях, — надо иметь в виду, что здесь приходится повертывать тело плода не на 90° , как при повороте с поперечного положения, а на 180° . Кроме того, после этого поворота создается не ножное предлежание, особенно ценное в данных случаях, а ягодичное, и, чтобы создать ножное предлежание, придется прибегать к дополнительной операции, низведению ножки, каковая операция, особенно при чистых ягодичных предлежаниях, бывает и довольно трудною по выполнению, и сопряженною с опасностью инфекции.



Рис. 614. Внутренний поворот с головки на тазовый конец.

Лишь при значительной подвижности плода, т. е. при целом пузыре и большом количестве околоплодных вод, а также при тонкости и безболезненности брюшных стенок акушер может рассчитывать повернуть ребенка с головки на тазовый конец, причем он пользуется теми же приемами, какие выше были указаны для наружного поворота с поперечного положения. В большинстве случаев этот поворот при-

ходится производить или внутренними приемами, или по *Braxton-Hicks'у*, причем и здесь техника операции является в общем такую же, как при поперечном положении, — только при внутреннем повороте обычно рекомендуется захватывать ножку, расположенную ближе к брюшным покровам матери, а при повороте по *Braxton-Hicks'у* — сначала отталкивать введенными в матку пальцами головку, затем плечики и т. д. Разумеется, и трудность выполнения поворота здесь *se-teris paribus* больше, чем при поперечном положении.

Между тем, как поворот с головки на тазовый конец принадлежит к числу обыкновеннейших акушерских операций, поворот с тазового



Рис. 615. Поворот с головки на тазовый конец по способу *Braxton-Hicks'a*.

конца на головку применяется крайне редко, и это будет совершенно понятно, если принять в расчет то, что выше было сказано о преимуществах тазового (ножного) предлежания пред головным в смысле возможности быстрого окончания родов. Данный вид поворота является показанным у повторных рожениц, у которых предыдущие роды, происходя в тазовом предлежании, оканчивались рождением мертвых детей. Так как этот вид поворота предпринимается, стало быть, для спасения плода, то необходимыми условиями для него являются, кроме подвижности последнего, еще наличие живого ребенка и отсутствие таких сужений таза, которые бы препятствовали прохождению его чрез тазовое кольцо в неумноженном объеме. Что касается способов выполнения, то и этот вид поворота может быть выполнен или наружными приемами, или внутрен-

ними, или по *Braxton-Hicks*'у, причем техника его в общем такова же, как и техника поворота с поперечного положения на головку.

Каминский. Ак. поворот нар. и внутр. приемами *Бракстон-Гукса*. М. М. Г. 1867. — *Макеев*. О сложном — нар. и внутр. — повороте по сп. *Braxton-Hicks*'а. М. М. Г. 1868. — *Петин*. К вопр. о повороте при узком тазе. Отч. *Иноевса*. 1886. — *Массен*. Наблюдения над теч. родов при узком тазе. Сб. *Слав*. 1894. — *Черневский*. О пов. на ножки и извл. плода при узком тазе и пр. Вр. 1895. — *Мацевевский*, Проф. поворот при узк. тазах и отношение его к выжид. методу. Ж. А. 1897. — *Ануфриев*. Мат. к вопр. о профил. повороте при узком тазе. Дисс. СПб. 1897. — *Массен*. К вопр. о профил. и лечебн. повороте при узком тазе. Вр. 1898. — *Муратов*. К вопр. о нар. повороте плода на гол. при кос. положениях его в исходе бер. М. Об. 1898. — *Лунский*. Сравнение результатов т. наз. предохран. поворота с результатами при выс. щипцах и произв. родах по мат. Моск. ак. кл. Отч. Р. Вр. 1913. Казуистика: *Соборов*, В.-М. Ж., 1867; *Карпович*, Пр. Кавк. М. О. 1867-68; *Левандовский*, Пр. Вил. М. О., 1878; *Гинзбург*, М. Об., 1879; *Добржинский*, Пр. О. В. Новг. Г., 1881; *Исаин*, Пр. СПб. М. О., 1883; *Пуценко*, Пр. Кур. Г. В. Сов., 1887; *Истомин*, Ж. А., 1890.

Б. Родоразрешающие акушерские операции.

а) Родоразрешающие акушерские операции, имеющие целью извлечение не уменьшенного в объеме плода *per vias naturales*.

Ручное извлечение плода за тазовый конец. Разбирая в своем месте вопрос об акушерской помощи при родах в предлежании тазовым концом, мы уже отметили, что при этих родах очень часто приходится оказывать роженице т. наз. ручное пособие, т. е., другими словами, извлекать верхнюю часть туловища плода с ручками и головкою. Пособие это надо строго отличать от экстракции плода за тазовый конец, при которой из половых путей приходится извлекать все тело плода, начиная с нижних конечностей: между тем, как первое применяется, повторяем, очень часто даже при физиологическом течении родового акта, к экстракции приходится прибегать сравнительно редко, лишь при наличии строго определенных показаний.

Встречающееся, к сожалению, нередко в практике несоблюдение этого правила, применение экстракции там, где есть нужда, самое большее в ручном пособии, — ведет зачастую к печальным последствиям как для матери, так и особенно для ребенка: на этой почве создаются неправильности членорасположения (запрокидывание ручек), неправильности механизма родов (разогнутое положение головки), разрывы недостаточно подготовленных медленным прохождением ягодич углублений мягких частей родового канала и пр.

Какие же, спрашивается, моменты показывают применение ручного извлечения плода за тазовый конец? Моменты эти, собственно говоря, были уже перечислены выше, при разборе показаний к повороту с головки на тазовый конец, каковая операция очень часто является подготовительной мерой для экстракции, — сюда относятся все те осложнения, как со стороны матери, так и со стороны плода, которые требуют возможно быстрого окончания родов, напр., со стороны матери эклампсия, разрыв матки, преждевременная отслойка плаценты и пр., со стороны плода — начинающаяся асфиксия плода, от чего бы она ни зависела.

Необходимыми условиями для этой операции следует считать (кроме, разумеется, тазового предлежания плода): 1) полное раскрытие зева, 2) отсутствие пузыря и 3) отсутствие таких сужений таза, которые делали бы невозможным проведение головки плода в неуменьшенном объеме чрез тазовое кольцо (С. v. не должна быть меньше 8 сант.).

Относительно первого из этих условий надобно заметить, что оно зачастую не вполне строго соблюдается в практике, и к извлечению плода приступают, когда зев еще не достиг полного раскрытия. При растяжимых краях зева у многородающих это отступление от правила обычно не ведет за собою дурных последствий, но в некоторых случаях на этой почве возникают серьезные осложнения: когда туловище извлечено из матки, спазмодически сократившийся зев охватывает головку как бы удавкой и мешает ее извлечению. Чтобы вывести головку, акушер должен тогда войти рукою в рукав, провести несколько пальцев между краем зева и личиком

плода и сместить край зева к лобу. При неудаче этого приема можно прибегнуть к надрезам краев зева, — конечно, если плод еще жив; если же ребенок уже мертв, — лучше оставить попытки к извлечению, зев через некоторое время сам собою раскрывается и пропускает головку. Помимо того извлечение плода при неполном раскрытом зеве может вести к глубоким надрывам, которые являются особенно опасными, вследствие вызываемого ими кровотечения, при *placenta praevia*.

Насчет второго из перечисленных условий надобно заметить, что, в случае его отсутствия, его легко создать путем разрыва плодного пузыря. Наконец, относительно третьего следует оговориться, что и более значительное, — но не абсолютное, — сужение таза не противопоказывает экстракции, только производить ее приходится тогда с краниотомией последующей головки.

В большинстве случаев экстракцию плода за тазовый конец можно производить без наркоза. Роженицу перед операцией лучше уложить на поперечную кровать. Мочевой пузырь, а также, если позволит время, и прямая кишка у ней должны быть опорожнены. Конечно, перед операцией следует позаботиться и о дезинфекции вульвы и рукава, хотя на проведение тщательной дезинфекции их у акушера при данной операции нередко не оказывается времени.

Технически ручное извлечение плода за тазовый конец выполняется в четыре темпа, это — 1) извлечение нижних конечностей и нижней части туловища до пупка, 2) извлечение туловища от пупка до углов лопаток, 3) освобождение ручек и 4) выведение головки. Таким образом три последних темпа — те же, из каких слагается и ручное пособие.

Первый темп экстракции выполняется различно в зависимости от того, какая разновидность предлежания тазовым концом имеет место в данном случае. Как известно, среди тазовых предлежаний мы различаем, с одной стороны, ягодичные предлежания, с другой — ножные; далее, среди ягодичных предлежаний различаются чистые и смешанные, среди ножных — полные и неполные; при каждой из этих разновидностей первый темп экстракции представляет свои особенности. Какая бы,

однако, разновидность ни была в данном случае, — извлечение нижних конечностей и нижней части туловища надо производить не слишком быстро, чтобы не вызвать запрокидывания ручек; напротив, с выполнением трех последних темпов экстракции надо торопиться, так как с момента прорезывания пупка наступает прижатие пуповины головкой, вступающей в таз, и, если это прижатие продлится более 10 минут, — ребенок рождается мертвым. В тех же видах, чтобы ручки и головка плода сохранили свое нормальное положение относительно туловища, — ручки были согнуты в плечевых и локтевых сочленениях и прижаты к груди, а головка находилась в состоянии флексии, — желательно, чтобы во время первого темпа экстракции сохранились первоначальные отношения маточной стенки к верхней части тела ребенка; для этого извлечение нижней части плода надо производить или во время схватки, или при одновременном надавливании на дно матки, каковое надавливание надо поручить кому-либо из помощников.

Проще всего выполнение первого темпа экстракции при полном ножном предлежании. Если ступни ножек лежат еще в половых путях, то оперирующий вводит в рукав руку и захватывает ножки выше лодыжек между крючкообразно согнутыми



Рис. 616. Первый темп экстракции плода за тазовый конец при полном ножном предлежании, захватывание ножек.

тремя средними пальцами, после чего извлекает их наружу. Когда из половой щели покажутся голени ребенка, руки перемещаются так, чтобы большие пальцы их лежали вдоль голеней, а остальные пальцы охватывали их спереди; захватив таким образом голени, оперирующий вытягивает их по направлению к себе и несколько книзу. Подобным же образом захватываются и извле-

каются и бедра, причем, извлекая последние, оперирующий держит их так, чтобы туловище плода помещалось в косом



Рис. 617. Первый темп экстракции плода за тазовый конец при полном ножном предлежании, извлечение бедер и ягодиц.

размере таза, а тракции до прорезывания ягодиц производились в горизонтальном направлении, во время же и после



Рис. 618. Первый темп экстракции плода за тазовый конец при неполном ножном предлежании, захватывание ножки.

прорезывания — в направлении вверх. После рождения ягодиц руки оперирующего опять перемещаются так, чтобы большие

пальцы их лежали рядом вдоль крестца, а остальные охватывали тазовый пояс плода. Ни в каком случае не следует, чтобы концы этих пальцев давили на брюшную стенку, ибо при этом возможно повреждение печени ребенка. Когда захваченный таким образом нижний конец туловища будет извлечен до пупка, — первый темп экстракции является законченным.

Если акушер имеет дело с неполным предлежанием, то, введя руку во влагалище, он захва-



Рис. 619. Первый темп экстракции плода за тазовый конец при неполном ножном предлежании, извлечение за бедро.



Рис. 620. Первый темп экстракции плода за тазовый конец при неполном ножном предлежании, извлечение за ножку и паховый сгиб.

тывает предлежащую ножку двумя или тремя пальцами, выводит ее наружу, потом захватывает полную рукою, — или даже обеими руками, расположенными так, как было указано выше, — голень, низводит ее по направлению книзу и в сторону, потом производит тракцию за бедро, в более близком к горизонтальному направлении, когда же вторая ягодица опустится настолько глубоко, что станет доступен ее паховой сгиб, — вводит

в последний указательный палец свободной руки и таким образом извлекает нижний конец туловища одновременно за ножку и паховой сгиб. После того, как ягодицы родились, обыкновенно бывает достаточно сильно приподнять их кверху, чтобы согнутая в тазобедренном сочленении ножка выскользнула из половой щели; во всяком случае не следует пытаться извлекать ее рукою, так как попытки в этом направлении могут иметь своим результатом перелом ножки. Излишне прибавлять, что и здесь, как и при полном ногоположении, первый темп экстракции надо выполнять так, чтобы способствовать повороту спинки плода кпереди (а не кзади) и в сторону.

При смешанном ягодичном предлежании первый темп экстракции надо начинать с разгибания ножки, именно, передней. Захватив ее двумя или тремя пальцами за голеностопное сочленение, акушер выпрямляет эту ножку и таким образом превращает смешанное ягодичное предлежание в неполное ногоположение. Когда же это будет сделано, дальнейший ход первого темпа экстракции является таким же, как и при этом последнем.



Рис. 621. Первый темп экстракции плода за тазовый конец при чистом ягодичном предлежании, извлечение пальцем за паховый сгиб.

Наконец, при чистом ягодичном предлежании, если ягодицы уже вколотились в таз, экстракцию приходится производить за паховые сгибы. Одни из акушеров предпочитают извлекать за передний сгиб, другие — за задний. Собственно говоря, легче всего производить извлечение за оба паховых сгиба, но, к сожалению, оба сгиба редко оказываются, при более или менее высоком стоянии ягодиц, доступными, — обычно таковым является один, именно передний, за который и приходится извлекать. При

этом пускается в дело или правая, или левая рука, — смотря по тому, как удобнее, а еще лучше пользоваться обеими руками попеременно. Согнутый крючкообразно указательный палец той или другой руки вводится в сгиб сзади и снаружи, захватывает пах и тянет его книзу, время от времени производя качательные движения сверху вниз и спереди назад. Во время тракций надо тщательно следить, чтобы давление пальцем производилось именно в направлении пахового сгиба, но отнюдь не в поперечном направлении к бедру, — в противном случае почти неизбежно наступает перелом последнего. Особенно легко переломить бедро, если развивать слишком большую силу, производя извлечение, напр., не одним пальцем, а двумя, указательным и средним, как то делают некоторые акушеры; лучше пользоваться то тем, то другим пальцем попеременно. Когда задняя ягодица опустится настолько, что станет доступен паховой сгиб ее, в него также вводится палец, и тракции продолжают за оба паха одновременно. При этом перед прорезыванием ягодиц влечение надо производить в горизонтальном направлении, а когда ягодицы прорежутся, следует приподнять их кверху, и тогда обыкновенно ножки сами собою выскальзывают из половой щели.

Всякий, кому приходилось производить экстракцию за паховые сгибы, особенно при суженном тазе или крупном плоде, должен признать, что операция эта принадлежит к числу труднейших в акушерстве. Сплошь и рядом случается, что напрасно акушер, напрягая все силы, действует то одним, то другим пальцем то правой, то левой руки; пальцы его уже онемели и отказываются работать, а ягодица плода все остается на одном месте. Между тем время не терпит, — асфиксия, напр., плода, ради которой предпринята сама операция, все прогрессирует, и когда, наконец, после долгих усилий старания акушера увенчаются успехом, — извлеченный ребенок оказывается мертвым. Для подобных случаев представители акушерства давно уже придумывали способы заменять пальцевое извлечение инструментальными пособиями. Чаще всего палец заменяется тупоконечным крючком. На прилагаемых рисунках изображены модели подобных крючков

предложенные *Smellie* и *Küstner*'ом; крючек первого помещается на одном стержне с декапитационным крючком, крючек же второго снабжен удобною для захватывания рукояткою. Инструмент вводится под контролем пальца в передний или задний паховый сгиб (*Küstner*'овский — всегда в задний, для чего стержень его снабжен кривизной), и при его помощи производится извлечение. Однако результаты последнего очень часто бывают печальными для плода, — плод, правда, извлекается скорее, чем при пальцевом способе, но извлекается большею частью с переломленным бедром.



Рис. 622. Крючек *Smellie* для экстракции за паховый сгиб и декапитации.



Рис. 623. Крючек *Küstner* для экстракции за паховый сгиб.

Печальные результаты применения крючка при извлечении за паховые сгибы побуждают многих акушеров заменять крючек в таких случаях петлею из шелковой или полотняной тесьмы.

Тесьма проводится за более доступный, т. е. обыкновенно передний паховый сгиб или при помощи петлевода,

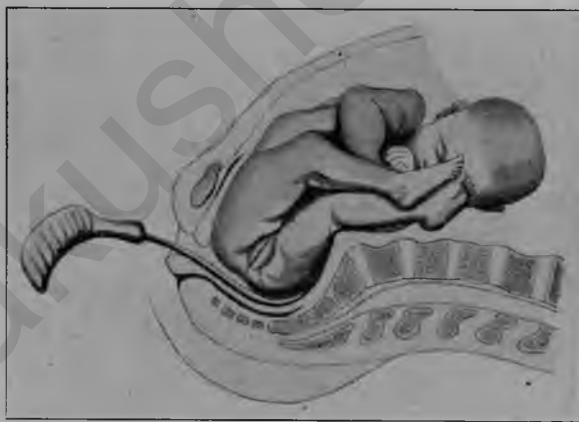


Рис. 624. Извлечение ягодиц крючком *Küstner*'а.

или просто пальцами, акушер захватывает оба конца ее и производит извлечение образовавшейся таким образом петлею.



Рис. 625. Введение петли в паховый сгиб при помощи петлевода Bunge.



Рис. 626. Проведение петли через паховый сгиб при помощи петлевода Bunge.



Рис. 627.
Петлевод Bunge.



Рис. 628. Извлечение ягодиц петлею.

Однако опыт показывает, что и петля, подобно крючку, легко соскальзывает с пахового сгиба на бедро, отчего последнее при тракциях ею переламывается.

Еще меньше успеха имели попытки применять, в трудных случаях чистого ягодичного предлежания, для извлечения ягодиц щипцы. Для этой цели некоторыми акушерами были придуманы специальные ягодичные щипцы, значительно отличающиеся по своей конструкции от обыкновенных головных щипцов: как можно видеть из прилагаемого рисунка, щипцы эти собственно представляют собою комбинацию

двух крючков, соединяемых в одно целое при помощи „замка“ того или другого типа (в данной модели — французского). Поми-



Рис. 629. Ягодичные щипцы.

мо того, что введение обеих ветвей щипцов при высоко стоящих в тазу ягодицах является крайне затруднительным (а при низко стоящих и щипцы являются ненужными), — помимо того, далее, что замыкание введенных ветвей также бывает

сопряжено с значительными трудностями, применение этого инструмента нередко имеет те же последствия для плода, как и применение крючка; только здесь мы рискуем переломить не одно бедро, а оба. В виду указанных невыгод ягодичные щипцы вряд ли применяются кем-либо из современных акушеров.

Более, повидимому, заслуживает внимания наложение на ягодицы обыкновенных, т. е. головных щипцов. Хотя такие авторитетные представители современного акушерства, как, напр., *Крассовский*, и считают непозволительным накладывать головные щипцы на ягодицы, но целый ряд авторов (у нас — *Семянников*, *Бродский*) с успехом применяли их в трудных случаях ягодичных предлежаний. По *Семянникову* извлечение щипцами в таких случаях является гораздо менее опасным, чем извлечение крючком или петлей, причем более удобными для данной цели этот автор считает щипцы не с перекрещивающимися, а с параллельными ложками.

Личный опыт убедил меня, что прекрасные результаты в трудных случаях экстракции при чистых ягодичных предлежаниях дает присоединение к влечению за паховой сгиб *vis a tergo* в форме энергичного выжимания плода по *Kristeller'y*, производимого умелым помощником. В некоторых случаях приходится поражаться, как легко ягодицы, ранее не поддававшиеся усиленным пальцевым тракциям, начинают опускаться, когда к последним присоединяется выжимание.

Во всяком случае, однако, акушеру и в интересах матери и плода, и, пожалуй, даже в собственных интересах, — если только можно говорить о таких, — следует опасаться попасть в необходимость прибегать к извлечению за паховые сгибы. Поэтому, определив чистое ягодичное предлежание еще в то время, когда ягодицы подвижно стоят над входом (*resp.* в самом входе) в таз, он сделает лучше, если превратит данное предлежание в неполное ногоположение, т. е. низведет ножку. Особенно уместно прибегать к этому приему в тех случаях, где или со стороны матери, или со стороны плода имеются неправильности, делающие вероятным появление в дальнейшем течении родов нужды в экстракции ребенка, напр., сужение таза. Техника такого превращения — следу-



Рис. 630. Превращение чистого ягодичного предлежания в неполное ногоположение.

ющая: войдя полною рукою в матку, врач отыскивает обращенную кпереди ножку и большой палец помещает в подколенную ямку, а остальными охватывает голень плода и затем сгибает ножку в коленном суставе, когда же голень со ступнею будет смотреть книзу, — потягиванием за нее выпрямляет ножку. В низведенной таким образом ножке он получает точку приложения силы, при наличности которой ручное извлечение плода, в случае нужды, может быть произведено быстро и без труда.

После того, как ребенок извлечен до пупка, начинается второй темп экстракции, тождественный с уже описанным выше первым темпом ручного пособия и состоящий в извлечении туловища плода. Как и при ручном пособии, прежде, чем приступить к этому извлечению, акушер должен обратить внимание на пуповину. Последняя может иногда оказаться проходящею между нижними конечностями ребенка („ребенок сидит верхом на пуповине“), а иногда обмотанною около них; в подобных случаях следует позаботиться об ее освобождении. Далее, пуповина может оказаться туго натянутой, что указывает на чрезмерную ее короткость. Если при такой чересчур короткой пуповине без дальних околичностей продолжать извлечение плода, то можно вызвать отрыв пуповины в области пупочного кольца с последующим опасным для ребенка кровотечением, а главное — можно вызвать выворот матки. Поэтому в таких случаях лучше перерезать пуповину, наложив зажим на плодовой конец ее, а при подозрении на двойни — и на плацентарный.

Покончив с пуповиной, акушер выполняет второй темп экстракции (см. рис. 351 и 352), причем во все время извлечения туловища держит последнее за тазовый пояс, расположив свои руки так, как было уже описано выше, и остерегаясь сдавливать брюшко плода. Спинка последнего должна быть при этом обращена вбок и несколько кпереди. Тракции следует производить в близком к горизонтальному направлении. Чтобы нормальные отношения головки и ручек к туловищу сохранились, и этот темп экстракции лучше выполнять или во время схватки, или при надавливании на дно матки со стороны брюшных стенок. Заканчивается данный темп экстракции тогда, когда из половой щели покажутся углы лопаток.

Третий темп разбираемой операции, идентичный со вторым темпом ручного пособия, состоит в освобождении ручек. Как уже было сказано при описании ручного пособия, освобождение это лучше начинать с задней ручки, обращенной к крестцовой впадине. Захватив одною рукою ножки плода, акушер приподнимает их кверху и несколько в сторону (именно, в ту сторону, куда смотрит передняя поверхность туловища плода), затем вводит в рукав, со стороны промежности, или один (указательный) палец, — что безопаснее для плода, — или два (указательный и средний), добирается ими до плечика и, скользя вдоль последнего до локтевого сгиба, легким давлением на сгиб заставляет заднюю ручку выскользнуть из-за промежности (см. рис. 353). Когда одна ручка освобождена, оперирующий обеими руками охватывает туловище плода в области грудной клетки и повертывает его около продольной оси так, чтобы оно из одного косога размера перешло в другой; тогда ручка, ранее обращенная к симфизу, переместится в крестцовую впадину, откуда она освобождается так же, как была освобождена первая ручка (см. рис. 354).

Для освобождения ручек применяется и другой способ, — правда, более простой, но зато и пригодный лишь для более легких случаев. При этом способе первую освобождается не задняя, а передняя ручка. Потягивая за туловище плода, акушер достигает того, что обращенный книзу локоть передней ручки показывается из-за симфиза; тогда, введя в



Рис. 631. Освобождение передней ручки по упрощенному способу при экстракции плода за тазовый конец.

ней ручки пальцы обнаружат, что ручка вытянута вверх, тогда тотчас же надо ввести в половые пути, кроме указательного и среднего, также безымянный палец и мизинец, т. е. полуруку (а в крайнем случае и всю руку), добраться до локтя и низвести его. Если-бы при этом оказалось, что вытянутая ручка ущемлена между головкою и мысом, то надо

локтевой сгиб крючкообразно согнутый указательный палец и надавливая им на сгиб, оперирующей заставляет переднюю ручку вполне выскользнуть наружу; что касается задней, то она освобождается так же, как и при обычном способе.

Будучи очень легким при нормальном членорасположении, выполнение данного темпа экстракции может представлять огромные затруднения при вытянутых ручках и особенно при запирывании их за затылок. Если введенные для освобождения зад-



Рис. 632. Освобождение вытянутой задней ручки при экстракции плода за тазовый конец.

сместить ее в сторону от последнего, — именно, в ту сторону, куда обращено личико плода, — и потом уже освободить.

После того, как произведен поворот туловища с целью перемещения передней ручки кзади, иногда оказывается, что ручка запрокинулась за затылок и лежит между ним и верхней частью спинки. В таком случае надо, добравшись



Рис. 633. Освобождение передней ручки, запрокинувшейся за затылок, при экстракции плода за тазовый конец.

до нее полурукою или полною рукою, попытаться сместить ее мимо головки в сторону, куда обращено личико; и там уже низвести локоть. При неудаче можно обратным поворотом туловища вернуть ручке прежнее положение и освободить ее со стороны симфиза. Попытки низводить запрокинутую ручку со стороны спинки обычно оканчиваются ее переломом.

Некоторые авторы советуют при вытянутых кверху или запрокинутых ручках извлекать головку вместе с этими последними. Но такой прием легко может повести к ущемлению головки в тазу. Во всяком случае к нему позволительно прибегать лишь тогда, когда попытки освободить ручки останутся безуспешными.

Как отхождение ручек кверху, так и запрокидывание их особенно легко может возникнуть при сужениях таза. В то же время освобождение вытянутых или запрокинутых ручек именно при узком тазе является особенно трудным, и наиболее трудным, — если оно производится в то время, когда головка уже вступила во вход таза. Поэтому, раз экстракция производится у роженицы с узким тазом, то заслуживает внимания совет некоторых авторов, — прибегать к освобождению

ручек еще в то время, когда головка плода высоко стоит над входом в таз, т. е. не дожидаясь, пока из половой щели покажутся углы лопаток.

Умышленно производить в трудных случаях освобождения ручек перелом ручки, как то советует *Vimt* и нек. др., кажется мне нерациональным.

Четвертый и последний темп экстракции состоит в освобождении головки. Для выполнения этого темпа различными авторами, старыми и новыми, была предложена целая масса способов, среди которых я отдаю предпочтение т. наз. французскому способу, у некоторых немецких авторов называемому также *Smellie-Veit'*овским (см. рис. 355). Положив туловище плода брюшком на предплечье свое левой руки так, чтобы правые и левые конечности свешивались по сторонам, акушер



Рис. 634. Освобождение головки по французскому способу, с присоединением давления снаружи, при экстракции плода за тазовый конец.

вводит указательный палец той же руки в ротик ребенка и, отдавлявая нижнюю челюсть, сгибает головку; одновременно он кладет на плечики ребенка крючкообразно согнутые указательный и средний палец правой руки и извлекает ими головку, причем последняя должна проделывать в руках оперирующего тот же путь, какой она проделывает нормально, т. е. через вход и полость таза она должна идти по прямой линии, а проходя через выход, должна вращаться около нижнего края сим-

физа, упираясь в него местом перехода затылка в шею. Разумеется, и положение головки в различных отделах таза должно соответствовать нормальному механизму родов, т. е. через вход ее должно проводить в поперечном размере, в полости таза она должна повернуться в косой размер, с затылком, обращенным кпереди, а через выход должна проходить в прямом размере

В большинстве случаев описанных приемов бывает совершенно достаточно для освобождения головки, в затруднительных же случаях к ним можно с пользою присоединить *vis a tergo*, именно, надавливание на головки сверху производимое чрез брюшные стенки матери руками помощника.



Рис. 635. Освобождение головки плода, при экстракции за тазовый конец, по способу Smellie.

Из других способов освобождения последующей головки, пользующихся в настоящее время наибольшим, распространением упомянем о способах *Smellie* и *Wigand-Martin*'овском. Первый из них отличается от описанного выше французского способа лишь тем, что сгибание головки плода производится при нем не указательным пальцем левой руки оперирующего, вводимым в ротик плода и производящим давление на нижнюю челюсть, а указательным и средним пальцами той же руки, которые давят на верхнюю челюсть в области *fossae caninae*. При *Wigand-Martin*'овском способе левая рука оперирующего

работает так же, как и при французском способе, правая же давит на головку снаружи, чрез брюшные покровы матери.



Рис. 636. Освобождение головки плода, при экстракции за тазовый конец, по способу Wigand-Martina.

В отдельных случаях ни одним из перечисленных способов не удастся освободить головки. Сюда относятся прежде всего те случаи сужений таза, где размеры входа в последний даже при правильном вставлении головки, т. е. при вставлении ее в поперечном размере входа, и притом согнутою, оказываются недостаточными для ее прохождения. В таких случаях надо стремиться к тому, чтобы головка вступала в наиболее узкое место входа, соответствующее обычно истинной конъюгате, как раз своим наименьшим размером, т. е. битемпоральным. Достигнуть этого можно путем искусственного смещения затылка — или внутренними, или наружными приемами — к соответствующей боковой стенке таза. Можно также, для увеличения прямого размера входа в таз, придать роженице, в этот момент экстракции, *Walcher*овское положение.

В других случаях затруднения при освобождении последующей головки зависят от того, что она вставляется неправильно, а именно, в прямом размере входа. Чаще всего это бывает тогда, когда благодаря ли неумелому выполнению первых темпов экстракции, или в силу естественных аномалий хода родов в тазовом предлежании, создается задний вид, — спинка и головка плода при изгнании последнего поворачи-

ваются не кпереди, а кзади. Тогда головка, при вставлении в таз, может зацепиться подбородком за симфиз, что делает дальнейшее поступательное движение ее невозможным. В этих случаях лучше всего попытаться повернуть головку в поперечный размер входа путем наружно-внутренних приемов, — одна рука, введенная в матку, охватывает затылок плода и стремится повернуть его кпереди и вбок, другая давит снаружи на подбородок плода, стараясь отодвинуть его кзади и в другую сторону. Поворот этот можно также попытаться выполнить и пальцем, введенным в ротик плода.



Рис. 637. Поворачивание наружно-внутренними приемами головки плода, вставившейся в прямой размер входа личиком кпереди, при экстракции за тазовый конец.

К подобному же повороту головки, теми или другими приемами, рекомендуется прибегать и тогда, когда она стоит в прямом размере входа, будучи обращена затылком кпереди, и не может в этом положении вступить в таз.



Рис. 638. Извлечение в заднем виде согнутой головки.

Если неправильный внутренний поворот последующей головки, личиком кпереди, произошел уже в малом тазу, тогда приходится извлекать ее в заднем виде — или согнутою, или, наоборот, разогнутою. Зависит это от того, достигается ли ротик плода (resp.

верхняя челюсть), или не достигается. Если — да, то надо сначала произвести, одною рукою, сгибание головки или по французскому способу, или по способу *Smellie*. Что касается другой руки, то родившееся туловище плода укладывается спинкою на ее предплечье, согнутые указательный и средний пальцы кладутся на плечики ребенка, и этими пальцами производятся тракции. Предплечье производящей тракции руки должно быть при этом значительно приподнято своим локтевым концом так, чтобы лежащее на нем туловище ребенка отклонилось тазовым концом к брюшной стенке матери, — тогда из-за промежности выкатывается затылок, после чего прорезывается и верхняя часть головки.



Рис. 639. Извлечение в заднем виде разогнутой головки.

В тех случаях, где обращенный к симфизу ротик плода не достигается пальцем, т. е. головка является разогнутою, приходится освобождать ее в таком положении. *Феноменов* советует при этом предварительно усилить уже существующее разгибание, отталкивая подбородок кверху двумя пальцами, — при таком максимальном разгибании головка все же прорезывается более выгодным размером, чем при менее значительном разгибании.

Заканчивая изложение тех правил, согласно с которыми должна производиться операция ручного извлечения плода за тазовый конец, упомянем в заключение, что несоблюдение этих правил зачастую очень печально отражается и на матери

и особенно на ребенке, нежный организм которого подвергается целому ряду повреждений. В трудных случаях экстракции при сужениях таза такие повреждения являются, впрочем, неизбежными и там, где операция выполняется *lege artis*. Помимо указанных уже выше переломов конечностей и разрывов печени, отметим среди них переломы ключиц и нижней челюсти, отделение верхнего эпифиза плечевой кости от диафиза, повреждения шейной части позвоночника и особенно отрывы головки. В русской акушерской литературе описан целый ряд случаев, где при экстракциях, преимущественно произведенных повитухами, имели место подобные отрывы, причем иногда оторванная головка оставалась потом в матке очень долгое время, — 3 месяца в случае, описанном *Снегиревым*, более 4 месяцев в случае *Михайлова*, а в случае *Косинского* — даже 9 месяцев.

Относительно нередко после экстракции ребенок, родившийся даже и без переломов верхних конечностей, обнаруживает признаки паралича последних. Обычно дело идет здесь о параличах *Erb'*овского и *Duchenne'*овского типа. *Erb'*овский паралич развивается после трудного освобождения ручек, вследствие прижатия плечевого сплетения над ключицей при сильном приподнимании и отведении плечика. Паралич *Duchenne'*а наступает после трудного освобождения головки на почве растяжения *plexus brachialis*. При параличах того и другого типа у новорожденных должно быть возможно скорее применено лечение электричеством.

Добрынин. Новый способ освобождения ручек и пр. М. В. 1871. — *Снегирев*. Сл. задержания в пол. матки головки ребенка в теч. 3 месяцев. М. М. Г. 1877. — *Горвиц*. *Distocia foetalis spastica*. Вр. 1880. — *Коппе*. К вопр. о выжимании последующей головки. М. Об. 1885. — *Колбасенко*. К вопр. об извлечении последующей головки. Пр. Киев. А. О. II. — *Вьподский*. Нов. сп. для извлечения послед. головки в трудн. случаях родов. Пр. Вил. М. О. 1889. — *Истомин*. К каз. отрывов головки младенца при насильств. извлечении за предл. ножки. Ж. А. 1891. — *Косинский*. О необ. случаях в брюшн. хирургии. Тр. Р. М. О. при Варш. Ун. 1893. — *Штольбу*. О помощи при соверш. ягодичн. положениях плода. Еж. 1893. — *Ахшарумов*. К вопр. о профилакт. низведении ножки при

ягод. предлежаниях. Дисс. СПб. 1894. — *Ахшарумов*. Об извлечении послед. головки при разл. формах узких тазов. Отч. Р. Вр. 1904. — *Михайлов*. Сл. долговр. задержания головки плода в полости матки. Ж. А. 1906. — *Семянников*. О применении гол. щипцов при тазовых предлежаниях. Вр. Г. 1906. — *Бродский*. Наложение гол. щипцов на ягодичцы. Вр. Г. 1916.

Щипцы. Между тем, как экстракция плода за тазовый конец была известна еще акушерам глубокой древности, операция извлечения ребенка за головку, при помощи щипцов, представляет собою достояние сравнительно недавнего времени, причем история изобретения этого инструмента принадлежит к любопытнейшим и вместе самым грязным страницам истории медицины вообще и акушерства в частности.

Акушерские щипцы были изобретены около 1600 года шотландским врачом *P. Chamberlen*'ом. Вопреки основным правилам врачебной этики *Chamberlen* и его потомки долго, однако, хранили в строгой тайне это благодетельное изобретение, пользуясь им, как средством для наживы. Некоторые из *Chamberlen*'ов, правда, не прочь были познакомить современный им врачебный мир со своим секретом, но не иначе, как за крупную сумму. Так, внучатный племянник изобретателя щипцов *H. Chamberlen* предлагал знаменитому французскому акушеру того времени *Mauriceau* купить у него секрет щипцов за 10 000 талеров и с этого целью нарочно приехал, в 1670 году, в Париж. Сделка, однако, не состоялась, так как *Chamberlen* слишком переоценил акушерское значение изобретенного его дедом инструмента, — он думал, что при помощи последнего можно при всяких условиях окончить роды с благоприятным исходом для плода и матери, и в этом смысле сделал предложение *Mauriceau*. Чтобы убедиться в справедливости предложения *Chamberlen*'а, тот предложил ему испытать новый инструмент на роженице с абсолютным сужением таза, которая уже несколько дней бесплодно мучилась в родах, и у которой *Mauriceau* предполагал прибегнуть к кесарскому сечению. Выразив ироническое удивление, что такой знаменитый акушер не может ничего поделать в данном случае, *Chamberlen* принял предложение и пообещал окончить роды в „половину четверти часа“.

Он явился со щипцами к роженице, выслал из родильной комнаты всех свидетелей и, закрывшись одеялом, начал операцию. Разумеется, все попытки его оказались тщетными, он пробыл напрасно более трех часов, причинил роженице несколько разрывов матки и в конце концов должен был отказаться от своего хвастливого обещания. Как ребенок, так и мать погибли, а *Chamberlen* должен был ни с чем оставить Париж.

Впоследствии, именно, в 1688 году *Chamberlen*'у удалось таки продать секрет устройства щипцов, но уже в Голландии, известному Амстердамскому акушеру *van Roonhuysen*'у, который в свою очередь сделал этот секрет предметом торговли. Дело дошло до того, что в 1743 году Медико-Фармацевтическая Коллегия в Амстердаме установила правило, согласно которому ни один врач не мог получить права акушерской практики в Голландии, не доказав своего знакомства с этим секретом, а последний продавался экзаменаторами за высокую плату. Интереснее всего, при этом, что, когда два голландских врача, купивших этот секрет, впоследствии опубликовали его, то оказалось, что им было известно устройство лишь одной ложки щипцов, но не всего инструмента в целом. Обманул ли *Chamberlen van Roonhuysen*'а, познаколив его с устройством лишь половины инструмента, или *Roonhuysen* ввел в обман последующих покупателей, — осталось невыясненным. Во всяком случае факт этот дал повод даже сомневаться, действительно ли *Chamberlen* изобрел акушерские щипцы, и лишь в 1815 году неожиданная находка рассеяла всякие сомнения на этот счет: в этом году в фамильном доме *Chamberlen*'ов была случайно открыта снабженная потайной дверью комната, в которой были найдены три экземпляра щипцов и собственноручные письма их изобретателя.

Как-бы то ни было, но *Chamberlen* своею алчностью лишил себя права на почетное имя изобретателя акушерских щипцов, — эта честь по справедливости должна быть присвоена Гентскому (в Бельгии) хирургу *J. Palfyn*'у, который в 1723 году представил Парижской академии свой инструмент для извлечения живого плода за головку. Если сравнить щипцы *Palfyn*'а со щипцами *Chamberlen*'а, то легко видеть, насколько

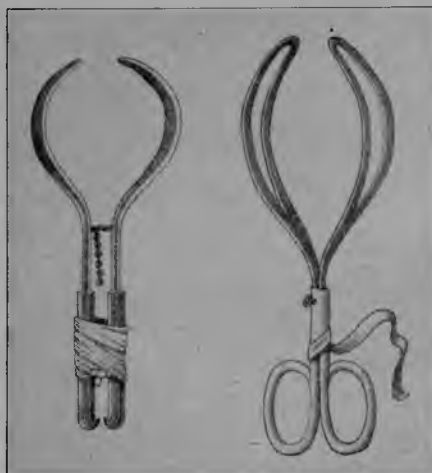


Рис. 640. Щипцы Palfyn'a и Chamberlen's
(по Schauta).

последние по конструкции совершеннее первых. Дело, однако, не в деталях конструкции, всегда имеющих второстепенное значение, а в основной идее, данной Palfyn'ом. Осуществляя эту идею, акушеры XVIII и XIX веков выработали целый ряд моделей данного инструмента. Одно время каждый более или менее выдающийся представитель акушерской науки считал, если так можно выразиться, делом своей чести

придумать новую модель щипцов, внося какое-нибудь изменение в их устройство, — так, что в настоящее время известно около 300 разновидностей этого инструмента. Вместе с усовершенствованием конструкции щипцов применение их стало все шире и шире распространяться в акушерской практике. Некоторые видные акушеры стали принципиально применять извлечение щипцами даже и в тех случаях, где роды могли бы благополучно кончиться без всякого вмешательства — единственно с целью их ускорения. Так, из 2540 родов, бывших в Геттингенском родильном доме за время директорства знаменитого Osiander'a, были окончены щипцами 1016. В настоящее время подобные увлечения щипцами уже не имеют места, и наложение их применяется лишь в определенном круге случаев, при наличии известных показаний к этому виду акушерского вмешательства. В русских родовспомогательных заведениях, напр., за время с 1840 по 1890 год процент родов, оконченных щипцами, равняется, по данным Михайлова, — 2,47 (здесь кстати упомянем, что в первый раз у нас в России щипцы были наложены в 1765 году Эразмусом, в Москве). В новейшее время процент этот обнаруживает наклонность скорее по-

нижаться, чем повышаться. Так, в Казанской акушерско-гинекологической клинике за 1900—1915 гг. щипцы были применены лишь в 1% всех родов. И такое ограничение показаний к операции наложения щипцов вполне понятно: мы знаем, с одной стороны, что роды есть физиологический акт, и что природа располагает весьма действительными средствами для того, чтобы этот акт протекал благополучно, а с другой — что данная операция зачастую является вовсе не такою невинною, как это думали раньше; недаром один из наиболее видных представителей новейшего акушерства, *Leopold*, называет ее „самою кровавою операцией“.

Прежде, чем перейти теперь к обзору показаний для применения щипцов, скажем несколько слов об устройстве этого инструмента и его действии.



Рис. 641. Щипцы с параллельными ветвями (Лазаревича).



Рис. 642. Французский замок (щипцы Baudelocque'a).

Как уже упоминалось выше, в настоящее время известно около 300 различных моделей акушерских щипцов. Все эти разновидности данного инструмента можно прежде всего разделить на 2 группы по взаимному отношению их ветвей: на щипцы с перекрещивающимися ветвями и щипцы с

параллельными ветвями. Щипцы с перекрещивающимися ветвями можно, затем, подразделить на три подгруппы по устройству „замка“ или того приспособления, при помощи которого обе ветви щипцов в месте их перекреста соединяются друг с другом в одно целое: на щипцы с французским замком, английским и немецким. Французский замок является наиболее сложным и трудным для замыкания, — во французских щипцах одна из ветвей (правая или „женская“) снабжена сквозным отверстием, другая (левая или „мужская“) —



Рис. 643. [Английский замок (щипцы Simpson'a).



Рис. 644. Немецкий замок (щипцы Busch'a)

штифтом, который вставляется в это отверстие; зато французский замок допускает наиболее прочное соединение обеих ветвей инструмента. Английский замок, напротив, наиболее прост по своей конструкции, — в английских щипцах соединение достигается при помощи находящейся на одной из ветвей выемке, в которую вставляется другая ветвь; замок такого устройства легко замыкается, но зато обе ветви инструмента соединяются при помощи его сравнительно непрочно. Немецкий замок по своему устройству занимает средину между французским и английским, — здесь на

„мужской“ ветви инструмента имеется штифт, но этот штифт не вставляется в отверстие „женской“ ветви, как во французских щипцах, а служит для того, чтобы за него можно было зацепить выемкой, имеющейся на „женской“ ветви.

Далее, щипцы могут быть разделены на три подгруппы по представляемым их ветвями кривизнам. Мы различаем, во-первых, щипцы с одною лишь головною кривизною или прямыми; определяется головная кривизна расстоянием между изгибами тех частей каждой ветви, которыми охватывается головка плода, или ложек; к такому типу щипцов относятся, напр., первоначальные щипцы *Palfyn'a* и *Chamberlen'a*. Во-вторых, есть щипцы, — и таких большинство, — снабженные,



Рис. 645. Щипцы с тремя кривизнами (головной, тазовой и промежностной).

кроме головной кривизны, еще тазовой; для измерения последней щипцы в замкнутом виде кладутся на горизонтальную плоскость, и определяется расстояние от верхних краев их ложек до указанной плоскости. Наконец, в-третьих, некоторыми акушерами было предложено снабжать щипцы, кроме головной и тазовой, еще промежностной кривизной; но это предложение не имело успеха, и щипцы с тремя кривизнами не нашли себе широкого распространения.

Практически важно, далее, различать, с одной стороны, щипцы, в которых каждая ветвь представляет собою одно неизменное целое, а с другой — щипцы, в которых концы ложек могут изменять свое положение относительно остальных частей ложки, вращаясь на шарнирах, или т. наз. щипцы с осевыми тракциями.

В щипцах с параллельными ветвями последние соединяются также при помощи различных приспособлений. Наконец,

отдельные модели этого инструмента различаются между собою по длине ветвей и их частей, т. е. ложек и рукояток, — по тому, являются ли ложки окончатými, или сплошными, — по ширине ложек, по материалу, из которого сделаны ветви, по их массивности и весу всего инструмента и пр., и пр.

Что касается действия щипцов, то в старое время многие акушеры придавали особенное значение сжимающему их действию, благодаря которому головка якобы уменьшается в своих размерах и потому легче проходит через таз. Если, однако, такое сжатие головки в щипцах и имеет место, то оно является скорее нежелательным, чем полезным: помимо того, что на этой почве могут возникнуть повреждения как костей, так и мягких частей головки, — в силу пластичности последней уменьшается лишь тот размер ее, в котором происходит сжатие, вертикально же пересекающий его вытягивается; а так как щипцы чаще накладываются в поперечном размере таза, то при них головка вытягивается в прямом размере последнего, т. е. в таком, который и без того, особенно в узких тазах, является недостаточным. В виду этого, чем слабее сжимающее действие щипцов, тем лучше.

В связи с этим стоит другая сторона действия щипцов, а именно, ограничение подвижности головки. В настоящее время едва ли кто станет оспаривать, что чем большую подвижность сохраняет головка, захваченная щипцами, тем легче она проходит через тазовое кольцо, ибо тем лучше она приспособляется ко всем пространственным отношениям последнего. Особенно важным является сохранение головкою известной подвижности в щипцах в тех случаях, где ей приходится проходить значительный путь через таз, т. е. при т. наз. высоких щипцах.

Некоторые представители старого акушерства приписывали также большое значение динамическому действию щипцов, т. е. способности их усиливать маточные схватки. Что при введении щипцов и тракциях ими родовая деятельность матки действительно нередко усиливается, — это не подлежит сомнению; но не подлежит также сомнению, что главное

действие щипцов — чисто-механическое, притом влекущее, обуславливающее поступательное движение головки.

При том громадном разнообразии, какое представляет конструкция различных щипцов в их целом и отдельных деталях, для акушера-практика является крайне важным вопрос: какая же модификация этого инструмента является наиболее удобною? Вопрос этот можно решить, приняв во внимание те условия, которым должны удовлетворять хорошии щипцы. Величина и форма последних должна прежде всего соответствовать анатомическим отношениям родового канала взрослой женщины (*resp.* ее таза) и головки доношенного (или близкого к полной зрелости) плода. Для этого щипцы должны иметь достаточную длину и быть снабжены головною и тазовою кривизнами. Надо, впрочем, оговориться, что некоторые акушеры, и не без основания, считают наличность тазовой кривизны дефектом инструмента, предпочитая прямые щипцы, как более соответствующее направлению проходимою головою пути. Хорошие щипцы должны, далее, с одной стороны прочно захватывать головку, не срываясь, ибо соскальзывание их может повести к тяжелым повреждениям родового канала матери, а с другой, согласно сказанному выше, не должны слишком сдавливать головку и ограничивать ее подвижность. Для достижения первой из этих целей ложки щипцов должны быть сделаны из достаточно прочного материала — лучше всего из хорошо закаленной стали, не должны слишком пружинить, и головная кривизна их должна соответствовать очертаниям головки, а замок должен хорошо соединять обе ветви инструмента в одно целое; для достижения второй цели ложки, напротив, не должны быть слишком массивны, — лучше, если они будут не сплошными, а окончатными, — они должны быть, затем, неслишком широки, головная кривизна их должна быть не меньше наименьшего размера головки, т. е. 8 сант., замок должен быть лучше всего английский. В видах сохранения целости мягких частей родового канала края ложек должны быть, кроме того, хорошо закруглены, не должны быть режущими. С точки зрения современных правил асептики важно, далее, чтобы щипцы были сделаны из материала, допускающего стерилизацию их

кипячением; поэтому современные щипцы обыкновенно делаются целиком из металла; дерево, кожа и т. п. материалы, которые мы встречаем в щипцах доантисептического периода, в них не должны иметь места. В видах же более легкой и основательной очистки поверхность инструмента должна быть по возможности гладкою и должна представлять возможно меньше углублений, в которых могла бы скопляться грязь; для этого современные щипцы обыкновенно никкелируются, в этих же видах наилучшим замком в щипцах является опять-таки английский. Рукоятки щипцов должны быть, далее, удобны для захватывания и не должны скользить; поэтому поверхность их обычно делается волнистою, и они бывают снабжены особыми отростками (*Busch*'евскими).

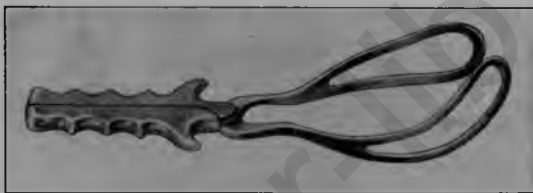


Рис. 646. Щипцы *Simpson*'а.

Всем перечисленным сейчас требованиям в значительной мере удовлетворяют щипцы *Simpson*'а, которые у нас в России и употребляются чаще других. Лишь для извлечения высоко стоящей головки они являются недостаточно удобными и с выгодою заменяются щипцами других моделей, преимущественно из числа щипцов с осевыми тракциями.

Simpson'овские щипцы имеют около 35 сант. в длину, из которых 20 сант. приходится на ложки и 15 — на рукоятки. Они снабжены двумя кривизнами: головной, которая в замкнутых щипцах равняется 8 сант., и тазовой — в $7\frac{1}{2}$ сант. Верхушки ложек, когда щипцы замкнуты, отстоят друг от друга на $2\frac{1}{2}$ сант. Ложки этого инструмента — окончатые, в 5 сант. шириною, при длине окошек около 11 сант. Ближайшие к замку части ложек идут параллельно друг к другу, находясь при замкнутых щипцах на таком расстоянии, что между ними может поместиться средний палец. Замок щип-

цов — английский. Рукоятки снутри ограничены плоскими поверхностями, благодаря чему могут вплотную прилегать одна к другой, наружная же поверхность их — волнистая. На каждой рукоятке, близ замка, находится по *Busch'*евскому отростку. В настоящее время щипцы *Simpson'a* изготавливаются обычно целиком из никелированной стали. Вес всего инструмента — около $1\frac{1}{4}$ фунта.

Операция извлечения плода за головку акушерскими щипцами производится по тем же показаниям, что и ручное извлечение плода за тазовый конец, т. е. к щипцам следует прибегать в тех случаях, где или со стороны роженицы, или со стороны плода появляются признаки, указывающие на грозящую опасность для той или другого, — опасность, которая может быть предотвращена быстрым окончанием родов. В частности, со стороны матери показаниями к данной операции служат: ущемление мягких частей родового канала и соседних органов, сказывающееся повышением t^0 и др. признаками, эклампсия, кровотечения из места прикрепления последа и пр., со стороны плода — начинающаяся асфиксия, от чего бы она ни зависела.

Затяжное течение родов вообще и периода изгнания в частности само по себе не должно служить показанием к данной операции. Так как, однако, акушеру, особенно начинающему, не всегда бывает возможно во время подметить первые признаки грозящей матери или плоду опасности, а когда эти признаки выступят резко, — акушерская помощь может уже оказаться запоздалой, то большинство авторов признает, что, если со времени полного раскрытия зева прошел известный срок, а роды не кончаются, то врач вправе прибегнуть к наложению щипцов. Срок этот различными авторами определяется различно — от 2 до 4, даже до 8 часов. Некоторые представители акушерства, впрочем, даже и в настоящее время думают, что затяжное течение родов само по себе, даже если бы оно и не грозило какими-либо опасностями для роженицы или ее ребенка, может быть рассматриваемо в качестве показания для наложения щипцов, т. е. что операция эта может быть предпринимается и просто с целью избавления роженицы от нескольких часов лишних родильных мук.

Из сказанного ясно, что определение показаний к данной операции является в значительной мере субъективным. Оттого процент случаев наложения щипцов, вычисленный по отношению к общему числу родов, у различных авторов и представляет большую разницу: у *Красовского*, напр., он равен 1,8, у *Сутуина* — 2,75, у *Макеева* — 3,7, у *Парышева* — 4,9, у *Столыпинского* — 3,1, у *Волфа* — 5,3 и т. д.

Не служит само по себе и сужение таза показанием к щипцам. Так как, однако, при узком тазе опасности для плода и матери, требующие быстрого окончания родов, встречаются гораздо чаще, чем при нормальном, то естественно, что при сужениях таза к щипцам приходится прибегать в значительно большем проценте случаев, чем обычно. А некоторые видные представители акушерства (напр., у нас *Красовский*) и прямо ставят сужения таза в числе показаний к применению щипцов.

В виду того, что при сужениях таза в установке показаний к щипцам открывается еще больший простор субъективизму отдельных авторов, становится понятным, почему процент данной операции при узком тазе колеблется у различных авторов в еще больших пределах, чем это было указано выше: у *Новицкого* он равен, напр., 12,4, у *Дмитриева* — 11,29, у *Фихтнера* — 7,5, у *Попова* — 3,4 и т. д. Разница эта впрочем зависит здесь еще и от того, что самое понятие об узком тазе у различных авторов является неодинаковым.

Нет полного единства среди представителей акушерской науки и в определении условий, необходимых для выполнения разбираемой операции. Так, многие из них во главе этих условий ставят головное предлежание плода, другие же считают рациональным в некоторых случаях накладывать щипцы и при родах в предлежании тазовым концом, на последующую головку. Первое из этих мнений следует считать гораздо более обоснованным, так как извлекаемая ручными приемами последующая головка находится в гораздо лучших условиях приспособления к тазу, чем извлекаемая щипцами, и там, где ее нельзя извлечь первыми, — и подавно не удастся извлечь щипцами. В самом деле, последующая головка обыкновенно, не может быть освобождена при экстракции, в тех случаях

где она не в состоянии бывает пройти через вход таза, благодаря его сужению — обычно в прямом размере. Если мы станем пытаться вывести ее щипцами, то должны будем, согласно основному правилу наложения высоких щипцов, накладывать последние в поперечном размере входа; в этом именно направлении произойдет у нас сжимание головки, в направлении же прямого размера, т. е. как раз наиболее суженного, она вытянется. Ясно, что таким образом условия для прохождения головки через тазовый вход при щипцах значительно ухудшатся.

Еще большие разногласия вызывает второе условие, нужное для данной операции, — известное стояние головки. Многие акушеры признают за *conditio sine qua non* возможности наложения щипцов нахождение головки в выходе или самое большее — в полости таза, т. е. допускают только полостные и выходные щипцы, не допуская высоких. Другие, считая возможным накладывать щипцы и на головку, стоящую во входе, требуют, чтобы она наибольшей своей периферией или уже миновала плоскость входа, или находилась в самом входе, во всяком случае — чтобы она была плотно фиксирована в тазу. Третьи, наконец, не исключают возможности применения высоких щипцов и в тех случаях, где наибольшая окружность головки находится еще над плоскостью входа, а сама головка не вполне утратила еще свою подвижность, и даже самое название высоких щипцов усвоят только щипцам, накладываемым при указанном стоянии головки. Мое личное мнение по данному вопросу таково, что и высокие щипцы должны иметь права гражданства в акушерской практике, но с известными ограничениями. Конечно, в отдельных случаях удастся без вреда для матери и с благоприятными результатами для ребенка производить извлечение щипцами и там, где головка совершенно подвижно стоит над входом, вставившись в него лишь небольшим сегментом, но в общем при этом получается такая смертность детей, и так часто наблюдаются серьезные повреждения полового канала у матери, что выгоднее заменять здесь щипцы, — конечно, при необходимости быстро окончить роды, — поворотом с последующим извлечением за ножки; для ребенка, правда, исход при этом бывает не лучше, чем при щипцах, но за то мать подвергается меньшей опасности.

Высокие щипцы, по моему мнению, могут быть накладываемы лишь там, где головка, если и стоит еще своею наибольшею 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.

Здесь кстати очень важно отметить, что, определяя высоту стояния головки, очень легко впасть в ошибку, если ограничиваться лишь ощупыванием ее нижнего отрезка одним или двумя пальцами: при значительном развитии головной опухоли отрезок этот может прощупываться близко от половой щели, а между тем наибольшая периферия головки может еще не пройти плоскости входа. Для более точной ориентировки надо производить исследование полною рукою или полурукою, вводя ее между головкой и передней поверхностью крестца.

Следующим необходимым условием для извлечения щипцами, как и для экстракции за тазовый конец, всеми признается известная степень раскрытия маточного зева, именно, полное или почти полное раскрытие его.

Хотя при истонченных краях зева наложение щипцов бывает возможно и при 3—3¹/₂ пальцах открытия, однако в подобных случаях дальнейшее извлечение плода обычно сопровождается значительными надрывами зева, почему здесь лучше предварительно производить надрезы краев последнего (*hysterostomatia*).

Для разбираемой операции необходимо, далее, чтобы головка плода по своим размерам и консистенции была удобозахватываема для щипцов и не выскальзывала из них. Поэтому наложение щипцов противопоказывается при недоношенных плодах (до 8 месяца), при головной водянке, при слишком мягкой головке у мацерированных плодов и пр.

Если добавить к сказанному, что щипцы, конечно, не могут быть накладываемы при целом пузыре без предварительного его разрыва, то этим все условия для данной операции будут исчерпаны.

Вводить в число условий, необходимых для данной операции, известную величину конъюгаты, как то делают некоторые авторы, определяя *minimum* ее то в $7\frac{1}{2}$ сант., то в 8, то в $8\frac{1}{2}$, — излишне, так как возможность для головки в неуменьшенном виде пройти, в щипцах, чрез тазовое кольцо достаточно определяется ее поступательным движением чрез верхние отделы последнего и положением ее в тазу перед наложением щипцов.

Наличность живого плода надобно считать необходимым условием для разбираемой операции лишь в тех случаях, где последняя явно сопряжена с известными затруднениями и опасностями для матери (высокие щипцы, узкий таз); там же, где операция обещает быть легкою и совершенно безопасною для матери (выходные щипцы), к ней можно прибегать и при заведомо мертвом плоде. Напротив, в случаях первой категории при несомненной смерти плода щипцы следует заменять краниотомией — операцией, гораздо более безопасной для матери.

Операцию извлечения плода щипцами можно производить на поперечной кровати, но еще лучше — на столе. Разумеется, перед наложением щипцов надо позаботиться об опорожнении кишечника и мочевого пузыря, а равно о дезинфекции наружных половых частей и рукава. Без наркоза можно ее производить лишь в более легких случаях (выходные щипцы у многородящих).

Что касается, наконец, техники данной операции, то она представляет известные особенности в зависимости от того, во-первых, накладываются щипцы при черепных предлежаниях, или при лицевых (*resp.* лобных), во-вторых, производится эта операция при низком или высоком стоянии головки, наконец, в-третьих, в зависимости от ротации последней.

Возьмем самую благоприятную комбинацию этих условий, — когда нам приходится накладывать щипцы на низко, уже в выходе таза, стоящую головку, находящуюся в черепном предлежании и проделавшую внутренний поворот, притом проделавшую его правильно, — затылок плода обращен к симфизу, лоб к крестцу, а стреловидный шов соответствует прямому размеру

выхода. В таком случае щипцы накладываются в поперечном размере выхода, причем, как и всегда, первую накладывается левая или „мужская“ ветвь. Оперирующий вводит указательный и средний пальцы, — а то и четыре пальца, — правой руки между левую стенкою таза роженицы и головкой, достигает концами их наибольшей периферии последней, затем берет левой рукой „мужскую“ ветвь щипцов и вводит ее в половой канал роженицы, скользя верхушкой ложки по ладонной поверхности пальцев. Держать при этом рукоятку вводимой ветви



Рис. 647. Введение левой ветви щипцов Simpson'a при нормально ротированной головке, стоящей в выходе таза, в затылочном предлежании.

можно различным образом: некоторые предпочитают держать ее, как смычек, другие — как писчее перо, третьи — как копые и пр. Лучше всего захватывать ее так, как удобнее оперирующему. Во всяком случае, как бы ни была захвачена рукоятка, держать ее надо в приподнятом, близком к вертикальному, положении, параллельно правой паховой складке, до тех пор, пока введенные в половой канал пальцы не ощутят, что конец ложки миновал наибольшую окружность головки; тогда рукоятка опускается, пока не примет не только горизонтального, но даже несколько наклонного книзу положения, в каковом по-



Рис. 648. Опускание рукоятки левой ветви щипцов Simpson'a при наложении их на нормально ротированную головку, стоящую в выходе таза, в затылочном предлежании.)



Рис. 649. Введение правой ветви щипцов Simpson'a при наложении их на нормально ротированную головку, стоящую в выходе таза, в затылочном предлежании.

ложении и передается для держания помощнику. После того оперирующий вводит в половой канал роженицы указательный и средний пальцы левой руки, а правой захватывает „женскую“ ветвь инструмента и вводит ее, придерживаясь тех же правил, какие были указаны относительно введения „мужской“ ветви.



Рис. 650. Замыкание ложек щипцов Simpson'a, наложенных на нормально ротированную головку, стоящую в выходе таза, в затылочном предлежании.

После того, как обе ветви щипцов введены, и рукоятки их опущены, производится замыкание инструмента. В большинстве случаев удается очень легко вставить замочную часть „женской“ ветви в углубление „мужской“. Лишь в тех случаях, где обе ветви щипцов оказываются наложенными в различных плоскостях, замыкание представляет некоторые трудности; в подобных случаях надо захва-

тить рукоятки обеими руками, положив большие пальцы на *Busch'*евские крючки и, поворачивая ветви инструмента около их продольной оси, перевести их в одну плоскость, после чего соединение их удастся без труда. Замкнув замок, акушер должен путем внутреннего исследования убедиться, что ложки щипцов хорошо охватывают головку, не ущемляя никакой из мягких частей полового канала, и лишь после этого может приступить к извлечению головки, или, как говорится в акушерстве, к производству тракций.

Некоторые акушеры предпочитают производить извлечение щипцами сидя, большинство однако выполняет эту операцию в стоячем положении, причем оперирующий стоит, несколько выдвинув правую ногу вперед, левую же отставив назад. Ни

в каком случае не следует при этом откидывать кзади все туловище, а равно вытягивать, во время производства тракций, руки, — последние должны быть расположены так, чтобы плечевые кости были плотно прижаты к боковым сторонам грудной клетки. Что касается кистей рук, то расположение их



Рис. 651. Замыкание щипцов Simpson'a при отсутствии параллелизма.

должно быть таково, как это изображено на прилагаемых рисунках, т. е. правая рука должна находиться сверху щипцов, причем согнутый боль-

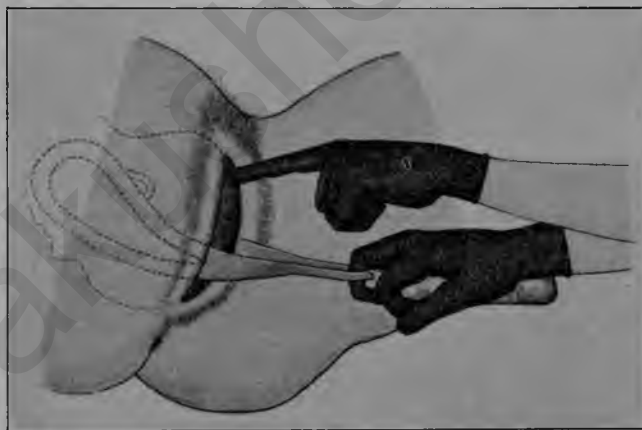


Рис. 652. Пробная тракция щипцами Simpson'a, наложенными на нормально ротируемую головку, стоящую в выходе таза, в затылочном предлежании.

шой палец располагается между ближайшими к замку частями ложек, а указательный и безымянный лежат на *Busch*'евских

крючках, левою же рукою оперирующий охватывает рукоятки инструмента снизу.

Заняв указанное положение и держа описанным образом рукоятки щипцов, акушер сначала, дабы убедиться в отсутствии опасности соскальзывания ложек, делает короткую пробную тракцию, причем контролирует поступательное движение головки указательным пальцем левой руки, а потом приступает уже к систематическому производству тракций. По своему характеру последние должны возможно более соответствовать физиоло-



Рис. 653. Тракции в направлении книзу щипцами Simpson'a, наложенными на нормально ротированную, низко стоящую в затылочном предлежании головку.

гическим потугам, в замену которых они применяются, т. е. сила каждой тракции должна постепенно возрастать, несколько секунд оставаться на максимальной высоте, а затем постепенно уменьшаться, причем общая продолжительность каждой тракции должна быть от 1 до 1½ минут. По окончании тракции должен быть сделан промежуток, соответствующий паузе между родовыми схватками, во время которого полезно освобождать головку от сдавливания ложками инструмента, разводя его рукоятки. Конечно, направление тракций должно соответствовать тому пути, который проходит головка при нормальных условиях, т. е. сначала, пока головка стоит еще более или менее далеко от половой щели, тракции следует производить, опустив ру-

коятки инструмента книзу; затем направление тракций должно постепенно делаться горизонтальным, а перед выведением головки рукоятки щипцов приподнимаются вверх, и в этом же направлении должно производиться влечение.



Рис. 654. Тракции в горизонтальном направлении щипцами Simpson'a, наложенными на низко стоящую в затылочном предлежании, нормально ротированную головку.

Соскальзывание ложек наблюдается в тех случаях, где щипцы недостаточно охватывают периферию головки, а так же — где головка слишком мала (недоноски) или слишком мягка (hydrocephalus, мацерированный плод); чаще оно имеет место при высоких щипцах, причем может происходить или в горизонтальном, или в вертикальном направлении. В том и другом случае соскальзывание, как уже упоминалось выше, может вести к тяжелым повреждениям мягких частей полового канала роженицы. Поэтому, если акушер при пробной тракции констатирует наклонность ложек соскальзывать,



Рис. 655. Горизонтальное соскальзывание щипцов (по Витт'у).



Рис. 656. Вертикальное соскальзывание щипцов (по Витт'ю).

ций некоторыми представителями акушерства рекомендовались маятникообразные или качательные тракции, при которых рукоятки щипцов раскачиваются справа налево или сверху вниз, а другими — вращательные, во время которых рукояткам инструмента придается кругообразное движение. Советы эти, однако, не заслуживают применения. Будучи извлекаема щипцами, головка должна перемещаться по возможности так же, как это бывает при изгнании ее силами природы; а мы знаем, что при физиологических условиях она, проходя чрез тазовое кольцо, не делает ни качательных, ни вращательных движений.

Когда, при извлечении щипцами, приблизится момент прорезывания головки, следует позаботиться, как и при естественных родах, о сохранении целости промежности. Выводить головку из половой щели можно или в щипцах, или предварительно сняв щипцы; тот или другой способ надо применять в зависимости от того, насколько широка или узка половая щель, и насколько, стало быть, велика опасность разрыва промежности. Выводить головку в щипцах акушер может, далее, по прежнему держа щипцы обеими руками и лишь сильно приподнимая рукоятки инструмента, чтобы головка во время прорезывания проредела нормальное разгибание; в таком случае поддержание промежности следует предоставить помощнику. Еще лучше,

— а определить это можно по тому, что при тракции щипцы подаются вперед, тогда как головка остается неподвижною, — он должен приостановить извлечение и заново наложить ложки.

Кроме обыкновенных или постоянных трак-

однако, если акушер одною рукою будет выводить головку, а другою, в то же время, поддерживать промежность. Делать это можно опять-таки различным образом: акушер может, во-первых, по прежнему стоя перед половою щелью роженицы и держа щипцы правою рукою так же, как он держал их раньше, производить ими разгибание головки, а левой рукою поддерживать промежность; во-вторых, он может встать по левую сторону от роженицы, захватить рукоятки щипцов

правою рукою так, чтобы мизинец лежал между ближайшими к замку частями ложек, а остальные пальцы охватывали рукоятки,



Рис. 657. Выведение головки в щипцах.



Рис. 658. Выведение головки в щипцах.

и сильно отвести их к передней брюшной стенке матери, поддерживая промежность левою рукою; в-третьих, наконец, он может

встать справа от роженицы, подобным же образом захватить щипцы левою рукою и производить ими разгибание головки, а правую рукою поддерживать промежность. Как бы, однако, ни производилось выведение головки, — при этом надо строго наблюдать, чтобы прорезывание последней происходило наиболее благоприятным размером, именно, малым косым, т. е. другими словами, чтобы разгибание головки производилось не раньше, чем затылочный бугор выйдет из-за симфиза.

Если акушер, в видах сохранения целости промежности, намерен вывести головку не в щипцах, то он должен снять их тогда, когда наибольшая периферия головки, соответствующая местоположению теменных бугров, приблизится к самой половой щели. Снимать ветви инструмента надобно в порядке обратном их наложению, т. е. сначала снимается правая ветвь; потом



Рис. 659. Удерживание головки, после снятия щипцов, пальцем, введенным в прямую кишку.

левая; при этом, извлекая снятые ветви инструмента, следует придавать их рукояткам такое же положение, какое им придавалось при накладывании. Чтобы освобожденная от щипцов головка не скрылась назад, вглубь полового канала, надобно еще до снятия ветвей инструмента фиксировать ее введенным в прямую кишку указательным пальцем, концом которого

зацепляют или подбородок плода, или, вставив конец пальца в ротик, его верхнюю челюсть; делать это лучше не самому оперирующему, а его помощнику. Что касается выведения освобожденной таким образом головки, то практичнее всего пользоваться при этом т. наз. приемом *Ritgen*'а: введенным в rectum указательным пальцем, до сих пор удерживавшим головку, производят на нее давление кпереди, а в то же время большим пальцем той же руки, расположенным на промежности, оттесняют головку к симфизу. Можно также при этом, как я убедился, с успехом пользоваться и выжиманием плода по *Kristeller*'у.

После рождения головки, выведение плечиков и вообще туловища плода производится обычным порядком и обыкновенно не представляет затруднений. Последние имеют место лишь в тех случаях, где положение плечиков не соответствует нормальному механизму их прохождения через таз, напр., в выходе таза плечики стоят в поперечном размере или во входе — в прямом. В таких случаях надо войти в половой канал роженицы указательным и средним пальцами или полурукою со стороны спинки плода и повернуть плечики, надавливая на одно из них. После исправления положения плечиков их обыкновенно удается легко вывести или потягиванием за головку, или влечением за подмышечную впадину, причем, согласно общему правилу, сначала надо освобождать заднее плечико.

Следующий технический вариант разбираемой операции имеет место в тех случаях родов в затылочном предлежании, где головка, хотя и достигла нижних отделов таза, но не сделала полностью внутреннего поворота и стоит стреловидным швом в одном из косых размеров, причем затылок ее обращен кпереди и вправо или влево. В подобных случаях щипцы накладываются в косом размере, противоположном тому косому размеру, в котором стоит головка, т. е., если затылок обращен кпереди и влево, то первая ложка щипцов вводится влево и кзади, а другая вправо и кпереди, если же затылок смотрит кпереди и вправо, то первая ложка щипцов накладывается влево и кпереди, а вторая — вправо и кзади. При этом заднюю ложку инструмента можно вводить прямо вбок и кзади, переднюю же советуют лучше вводить сначала так же, как при полной ротации головки, т. е. вбок, и уже после введения принаравливать кпереди пальцами, введенными в половой канал. Производя затем тракцию, оперирующий не погрешит, если будет при них содействовать тому, чтобы головка, одновременно с посту-



Рис. 660. Наложение щипцов на головку, стоящую в косом размере выхода таза, с затылком, обращенным влево и кпереди (1 позиция). Стрелка указывает направление, в котором происходит поворот головки в щипцах.

пательным движением, правильно закончила внутренний поворот, т. е. затылок повернулся к симфизу, стреловидный шов стал в прямой размер выхода, а щипцы — в поперечный. Обычно извлекаемая головка сама поворачивается таким образом вместе со щипцами, но, повторяем, со стороны акушера не будет

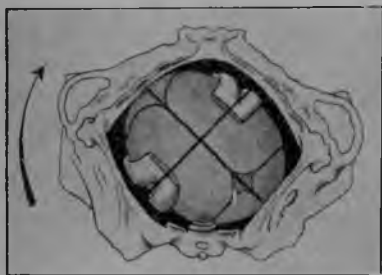


Рис. 661. Наложение щипцов на головку, стоящую в косом размере выхода таза, с затылком, обращенным вправо и кпереди (2 позиция).

Стрелка указывает направление, в котором происходит поворот головки в щипцах.



Рис. 662. Поворот головки в щипцах, наложенных в косом размере выхода таза (см. рис. 661).

погрешности, если он будет способствовать этому, осторожно отдавливая, при тракциях, переднюю ложку щипцов кзади, а заднюю стремясь сместить кпереди.

Третья модификация наложения щипцов применяется при низком поперечном стоянии головки. Как уже было указано в своем месте, иногда, особенно при плоском тазе головка, вставившись в таз в поперечном размере, совершенно не продвигается, при своем поступательном движении чрез тазовое кольцо, внутреннего поворота, а остается в поперечном положении даже и тогда, когда приблизится к выходу таза. Если в подобных случаях выяснится нужда в извлечении щипцами, то *Scanzoni* предложил, наложив последние в косом размере, поворачивать головку на 90° , т. е. так чтобы стреловидный шов встал в прямой размер выхода, а щипцы — в противоположный косоу размер и уже после того производить тракции. Другие рекомендовали в подобных случаях накладывать щипцы в прямом размере и опять-таки прежде, чем начинать тракции, поворачивать щипцы и головку на 90° . Оба эти способа, однако, справедливо осуждаются большинством современных

представителей нашей науки. Насильственный поворот головки сразу на 90° может причинить крайне тяжелые повреждения родовому каналу матери, а с другой стороны — при этом можно в буквальном смысле свернуть шею плоду. Да и вообще щипцы — инструмент вовсе не для исправления положения головки, а только для ее извлечения. Рекомендую прибегать к их наложению на низко стоящую в поперечном размере головку лишь в случаях крайней необходимости, современные акушеры обычно накладывают их в косом размере и затем сразу же начинают тракции. Щипцы при этом должны лежать так, чтобы верхушки их ложек были обращены к затылку, т. е., если затылок обращен влево, то первая ложка инструмента накладывается влево и кзади, а другая вправо и кпереди, ложась частью на личико плода, если же затылок обращен вправо, то первая ложка накладывается влево и кпереди, вторая — вправо и кзади. При производстве тракций самое большее, что можно допустить, — это осторожно содействовать повороту головки затылком кпереди. Нередко такой



Рис. 663. Наложение щипцов при низком поперечном стоянии головки с затылком, обращенным влево (1 позиция).

Стрелка указывает направление, в котором происходит поворот головки в щипцах.



Рис. 664. Наложение щипцов при низком поперечном стоянии головки с затылком, обращенным вправо (2 позиция).

Стрелка указывает направление, в котором происходит поворот головки в щипцах.

поворот происходит и сам собою, и стреловидный шов из поперечного принимает косое положение. После этого перекладывают ложки, захватывая ими головку в противоположном косом размере, и продолжают извлечение. Если же затылок при первых тракциях обнаруживает наклонность повертываться не кпереди, а кзади, то переложив ложки верхушками к личику, извлекают головку в заднем виде.



Рис. 665. Наложение щипцов на низко стоящую головку, сделавшую неправильно (затылком кзади) внутренний поворот.

Четвертый вариант наложения щипцов на низко стоящую в затылочном предлежании головку приходится применять в тех случаях, где головка к моменту операции вполне проделала внутренний поворот, но проделала его неправильно, — затылок повернулся не к симфизу, а к крестцу. В подобных случаях врач должен примириться с необходимостью вывести головку в заднем виде, что, конечно, является очень невыгодным для целостности полового канала матери и особенно промежности. Щипцы тогда накладываются в поперечном размере таза, причем, действуя ими, оперирующий должен по крайней мере позаботиться о том, чтобы вывести головку возможно меньшим размером. Соответственным образом и должны производиться тракции: вначале, пока головка еще далека от врезывания, *Феноменов* советует производить их в направлении книзу, несколько опустив рукоятки инструмента; затем, когда под нижний край симфиза подойдет область большого родничка, надо приподнять рукоятки и осторожно производить сгибание головки, пока из-за промежности не покажется затылочный бугор; после этого надо опять опустить рукоятки немного ниже горизонтальной линии и в этом положении щипцов окончательно выводить головку. При подобном образе действий головка прорежется размером близко подходящим к малому косому, тогда как, если сначала вывести из-под симфиза

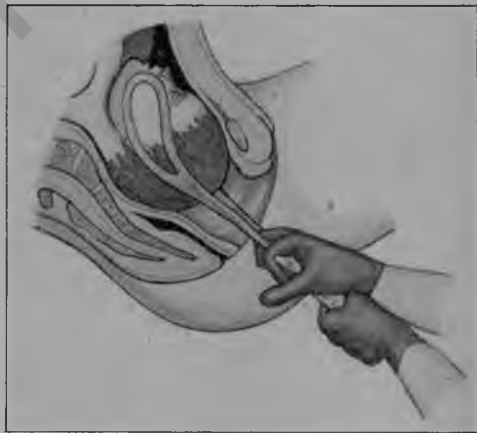


Рис. 666. Извлечение щипцами головки в заднем виде по *Феноменову*, 1 темп (тракции книзу).

лоб, а затем уже выводить затылок, как то советуют обычно, то головка прорежется гораздо более значительным размером, именно, прямым.



Рис. 667. Извлечение щипцами головки в заднем виде по Феноменову, 2 темп (тракции с приподнятыми рукоятками щипцов).

Не отрицая совершенно известной выгоды выведения головки в заднем виде по способу, предлагаемому *Феноменовым*, мы должны, однако, оговориться, что рождение головки в заднем виде имеет большую частью место при переднетемянном предлежании,

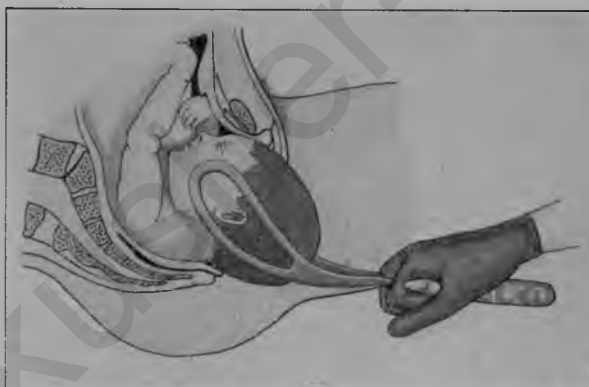


Рис. 668. Извлечение щипцами головки в заднем виде по Феноменову, 3 темп (окончательное выведение головки).

а при этом последнем головка конфигурируется совершенно иначе, чем при затылочном предлежании, и разница между величиной прямого и малого косога размеров является не столь уж большою.

В заднем же виде приходится извлекать головку и при пятой вариации низкого стояния ее в затылочном предлежании, — когда

стреловидный шов стоит в одном из косых размеров, но затылок обращен кзади. Только щипцы при этом накладываются не в поперечном размере таза, а в косом, именно, противоположном тому косому размеру, в котором стоит стреловидный шов, причем верхушки их должны быть обращены к подбородку плода.

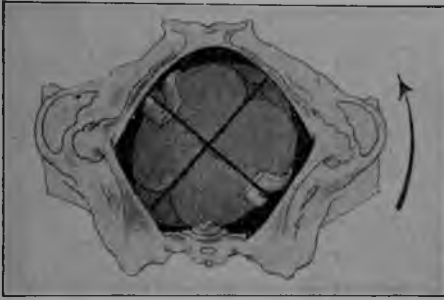


Рис. 669. Наложение щипцов на низко стоящую в заднем виде головку при неполной ротации ее.

В дальнейшем затылок обыкновенно поворачивается прямо кзади, и в этом положении головка может быть выведена наружу таким образом, как это уже было описано выше.

При всех, только что разобранных, вариациях положения головки, если только она стоит неслишком высоко, — в выходе или

полости таза, — можно для ее извлечения с удобством пользоваться щипцами *Simpson'a*. Если, однако, головка стоит высоко, во входе в таз или даже над входом, то обыкновенные *Simpson'овские* щипцы являются решительно неудобными. Прежде всего их ложки оказываются при этом слишком короткими, замыкать их приходится в половом канале, кнутри от половой щели, что сопряжено с опасностью повреждения стенок канала. Далее, направление, по которому производится влечение этими щипцами, и которое определяется положением рукояток инструмента, далеко не совпадает с направлением того пути, по которому должна пройти высоко стоящая головка. Как уже упоминалось выше, головка идет чрез верхние отделы таза по прямой линии, продолжение которой книзу пересекает верхушку копчика, но это возможно лишь при полном разрушении тазового дна; если же рукоятки инструмента останутся в области половой щели, то, хотя бы они и отдавливали, насколько лишь это возможно, промежуток, — согласно закону параллелограмма сил весьма значительная часть влекущей силы будет бесплодно тратиться на сопротивление со стороны симфиза. Наконец, будучи захвачена обыкновенными щипцами, головка утрачивает свою подвижность, она идет лишь туда, куда ее влекут; между

тем именно в тех случаях, где ей предстоит длинный путь через все отделы таза, является крайне желательным, чтобы она сохраняла до известной степени свою подвижность и могла сама избирать то положение, которое наиболее соответствует пространственным отношениям данного отдела таза, — не выскальзывая, однако, из щипцов.

Таким образом для извлечения высоко стоящей головки было бы выгодно заменить щипцы *Simpson'a* такими, которые бы 1) имели более длинные ложки, 2) в которых направление влечения без нарушения целостности промежности совпадало бы с тем путем, какой должна проходить головка, и 3) которые бы допускали известную подвижность головки, не позволяя, однако, последней выскальзывать из ложек, т. е. подвижность вместе с ложками. Всем этим требованиям удовлетворяют т. наз. щипцы с осевыми тракциями, придуманные *Tarnier* и получившие, благодаря своим преимуществам пред обыкновенными щипцами, широкое распространение у современных акушеров. Как можно видеть из прилагаемого рисунка, щипцы эти отличаются от обыкновенных главным образом тем, что при них влечение

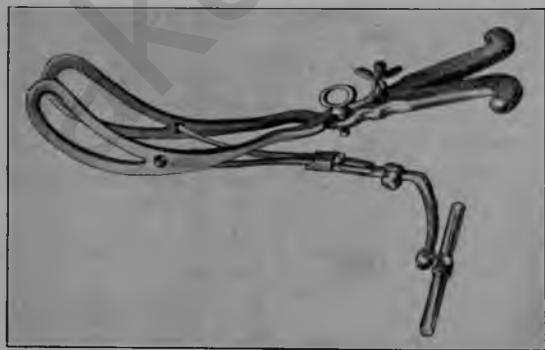


Рис. 671. Щипцы с осевыми тракциями Tarnier.



Рис. 670. Разложение влекущей силы при обыкновенных щипцах, наложенных на высоко стоящую головку.

производится не за рукоятки, а при помощи особого влекущего аппарата, снабженного значительной промежуточной кривизной и подвижно прикрепляющегося к ложкам у конца их окошек; рукоятки же служат для

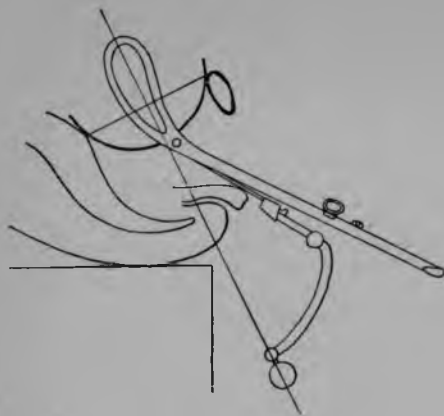


Рис. 672. Действие щипцов Tarnier.

большей фиксации головки, для чего они снабжены, кроме замка французского типа, еще особым винтом; кроме того, положение их указывает акушеру то направление, в каком идет в данный момент головка.

Наряду с этими достоинствами щипцам *Tarnier*, однако, присущи и некоторые недостатки: они слишком громоздки и до-

роги по цене, наложение и замыкание их хлопотливо, они слишком сдавливают головку плода и пр. В виду этого уже вскоре после появления этих щипцов появились и попытки придумать и такие модели щипцов с осевыми тракциями, которые были бы свободны от недостатков инструмента *Tarnier*. Одна из самых удачных попыток этого рода принадлежит *Breus*'у, щипцами которого я и пользуюсь обыкновенно для извлечения высоко стоящей головки.



Рис. 673. Щипцы Breus'a.

Щипцы *Breus*'а по внешнему виду несколько напоминают *Simpson*'овские. Подобно этим последним они снабжены английским замком. Ложки их, однако, значительно длиннее, чем у *Simpson*'овских щипцов, а главное — окончатые части их являются подвижными, будучи соединены с остальными частями при помощи шарниров, допускающих вращение окончатых частей спереди назад. От верхних ребер ложек отходят, далее, легкие

стальные стержни, идущие сначала параллельно ближайшим к замку частям ложек, затем загибающиеся кверху и, наконец, оканчивающиеся небольшими кольцами, в которые вставляется поперечный двойной прутик.

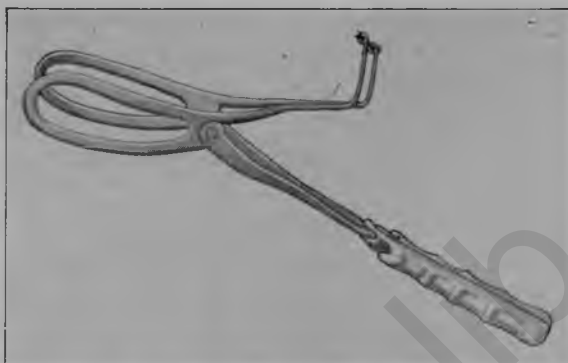


Рис. 674. Щипцы Breus'a с отведенными ложками.

Щипцы эти допускают довольно значительную подвижность головки; точка фиксации последней находится в них кзади от точки приложения влекущей силы к инструменту, почему их ветви и не нуждаются в тазовой кривизне; благодаря длине ложек, замыкание наложенных ветвей возможно при них вне половой щели, — словом, щипцы эти удовлетворяют всем тем условиям, какие делают щипцы *Tarnier* столь удобными для извлечения высоко стоящей головки. В то же время щипцы *Breus'a* менее громоздки, чем щипцы *Tarnier*, цена их дешевле, наложение и замыкание ветвей гораздо проще, головку они сдавливают слабее, хотя, в то же время, держат ее достаточно прочно.

Очень удобными для извлечения высоко стоящей головки являются, по отзыву многих отечественных акушеров, и прямые щипцы с неперекрещивающимися ветвями, предложенные *Лазаревичем* (рис. 641). Благодаря отсутствию тазовой кривизны, они могут быть наложены и в прямом размере тазового входа, чего нельзя сделать с кривыми щипцами, напр., *Simpson-овскими* или *Breus'овскими*. Их можно, далее, по *Федорову*, накладывать на высоко стоящую головку и при лобных и

лицевых предлежаниях последней, что опять-таки считается недопустимым при щипцах, напр., *Breus'a*. Далее, щипцы *Лазаревича* допускают значительную подвижность головки, не слишком сдавливают ее, просты по своему устройству и т. д.

Имея в виду указанные достоинства, свойственные щипцам *Лазаревича* — с одной стороны, щипцам *Breus'a* — с другой, *Полотебнов* сделал довольно удачную попытку сочетать их, устроив щипцы по типу *Breus'овских*, но с параллельными ветвями и с замком *Лазаревича*.

Что касается техники наложения щипцов на высоко стоящую головку, то акушеру следует помнить главным образом одно основное правило, — что, как бы ни стояла во входе головка,



Рис. 675. Захватывание левой ложки щипцов *Breus'a*.

в косом или поперечном размерах, щипцы, (мы говорим о щипцах *Breus'a* и вообще щипцах с тазовой кривизной) должны быть накладываемы в поперечном размере входа. При этом порядок наложения отдельных ветвей при щипцах *Breus'a* таков же, как и при щипцах *Simpson'a*, т. е. сначала накладывается левая ветвь. Взяв ее левой рукой так, чтобы указательный палец придерживал изгиб стержня, средний лежал на *Busch'евском* крючке, а остальные охватывали рукоятку, оперирующий вводит четыре пальца правой руки, или даже всю руку, между головкой и левой стенкой таза и проводит верхушку ложки по ладонным поверхностям пальцев до тех пор, пока конец ложки не зайдет за наибольшую периферию головки; после этого рукоятка ветви, находившаяся ранее в приподнятом положении, опускается и передается для держания помощнику. Затем подобным же образом вводится правая ветвь. Когда обе ветви наложены, и отсутствие параллелизма между ними, — буде, конечно, таковое обнаружится, — устранено, оперирующий замыкает замок и вводит поперечный штифт в кольца изогнутых

стержней. После того обычным образом производится пробная тракция, при возможно низко опущенных рукоятках инструмента. Тракцию эту при высоких щипцах надо производить особенно внимательно и осторожно, ибо именно здесь легко возможно соскальзывание ложек, причем здесь оно ведет к особенно печальным последствиям. Да и вообще вся операция высоких щипцов, как совершенно справедливо замечают некоторые авторы, носит пробный характер, и, если после 8—10 энергичных тракций окажется, что головка не подвигается вперед, дальнейшие попытки лучше оставить, а избрать для окончания родов какой-либо другой вид оперативного вмешательства, напр., при живом плоде пубиотомию, при мертвом — краниотомию. Если, напротив, щипцами удастся провести головку через вход таза, то надо затем переложить ложки инструмента в соответствующий косой размер и вообще продолжать извлечение так, как это выше было указано для полостных resp. выходных щипцов при поперечном или косом стоянии головки. При этом, выводя головку щипцами *Breus'a*, надо каждую рукою захватывать, вместе с рукояткой, и изогнутый стержень, чтобы ложки оставались неподвижными, и каждая ветвь представляла такое же сплошное целое, как ветвь в щипцах *Simpson'a*.

Так как при высоких щипцах одну ложку обычно приходится накладывать на личико, — так как, далее, при них ложки захватывают головку в более значительном размере, чем при низком ее стоянии, и потому более значительно сдавливают ее и пр., то естественно, повреждения как наружных мягких частей головки, так и костей ее и, наконец, содержимого черепа плода при высоких щипцах наблюдаются гораздо чаще, чем при полостных и особенно выходных. Впрочем сдавливание головки здесь не столько зависит от самих щипцов, сколько от стенок таза, — тем более, что высокие щипцы зачастую приходится применять при узком тазе. Интересные в этом отношении данные получил *Гельфер* при своих исследованиях над состоянием внутричерепного давления при щипцах. Он нашел, что при проведении головки плода щипцами чрез нормальный таз давление это колеблется от 72 до 94 милл. ртутного столба, причем

$\frac{2}{3}$ давления зависят от сдавливания головки тазом и $\frac{1}{3}$ — от сдавливания щипцами; при тазах с С. в. в 10 сант. высота давления, по *Гельферу*, равна 150 милл., причем на давление со стороны таза падают $\frac{3}{4}$ этой величины, а на давление со стороны щипцов — лишь $\frac{1}{4}$; далее, при тазах с С. в. в 9 сант. внутричерепное давление колеблется от 138 до 200 милл., а при тазах с С. в. в 8 сант. — от 180 до 260 милл.

Кроме затылочных предлежаний щипцы приходится иногда накладывать и при лицевых предлежаниях, но только при низком стоянии личика: наложение щипцов на высоко стоящую головку в лицевом предлежании большинством авторов считается противопоказанным, так как при этом, по общему правилу наложения щипцов в поперечном размере входа, нам пришлось бы одну из ложек наложить на личико и шейку плода; ложка эта своим концом настолько сдавила бы важные органы, лежащие в передней части шеи, что ребенок наверное был бы извлечен мертвым.

О возможности накладывать прямые щипцы на высоко стоящую головку в лицевом предлежании, а равно об исправлении щипцами задних видов лицевых предлежаний при высоком стоянии головки было уже упомянуто в своем месте.

Но и при низком стоянии личика многие авторы допускают наложение щипцов только в тех случаях, где головка вполне

или в значительной мере проделала внутренний поворот, притом проделала правильно, т. е. подбородок повернулся к симфизу или обращен кпереди и в сторону. При этом можно пользоваться

обыкновенными *Simpson*'овскими

щипцами, ветви которых накладываются в таком же порядке,

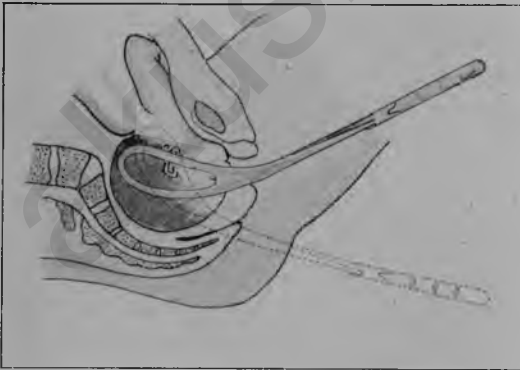


Рис. 676. Наложение щипцов на головку, находящуюся в лицевом предлежании.

Пунктиром намечено неправильное наложение щипцов, замкнутых с опущенными рукоятками.

как и при затылочных предлежаниях, т. е. сначала левая, потом правая. Главная техническая разница наложения щипцов при лицевом предлежании от аналогичной же процедуры при затылочном предлежании заключается в том, что при затылочном предлежании после наложения каждой ветви инструмента рукоятка ее немедленно опускается, и в этом опущенном положении производится замыкание щипцов. Если бы мы так же поступали и при лицевом предлежании, то не захватили-бы, как это требуется, наибольшей периферии головки, и при тракциях произошло-бы

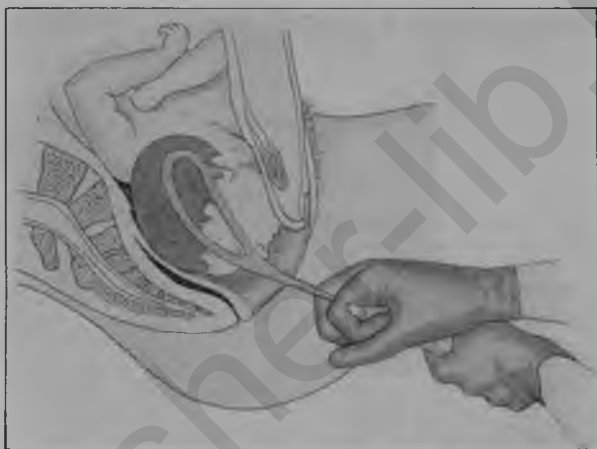


Рис. 677. Извлечение головки щипцами при лицевом предлежании, первоначальные тракции (в направлении книзу).

соскальзывание щипцов. Кроме того, при этом верхушки ложек легли бы как раз на шейку плода и сильно сдавили бы ее. Поэтому при лицевых предлежаниях необходимо, наложив левую ложку, оставить рукоятку ее приподнятою; то же делается и с правой ложкой. Лишь после замыкания инструмента рукоятки медленно опускаются до горизонтального положения или даже ниже, причем уже существующее разгибание головки еще более усиливается. Конечно, при полной ротации головки, где лицевая линия стоит в прямом размере таза, щипцы должны быть накладываемы в поперечном размере, при неполной же — в косом. Тракции при этом должны быть сначала производимы в направлении



Рис. 678. Извлечение головки щипцами при лицевом предлежании, заключительные тракции (в направлении вверх).

и при низком поперечном стоянии личика, причем накладывают их в косом размере выхода так, чтобы верхушки ложек были обращены в сторону подбородка. Введение отдельных ветвей инструмента и тракции производятся при этом, в общем, по тем же правилам, какие выше были указаны для извлечения головки при низком поперечном стоянии ее в затылочном предлежании. Напротив, наложение щипцов на головку, находящуюся в лицевом предлежании, в случаях неправильной ее ротации (подбородком кзади) огромным большинством считается недопустимым; да и случаи, где-бы предлежащая личиком головка с подбородком, обращенным кзади, дошла до выхода таза, причем плод остался-бы жив, — если и бывают, то в виде редкого исключения.

При лобных предлежаниях щипцы могут быть накладываемы лишь при низком стоянии головки, и то только в тех случаях, когда последняя

несколько книзу, потом в горизонтальном, когда же подбородок плода подойдет под симфиз, поднимают рукоятки щипцов кверху и, поддерживая промежность, выводят головку в фазе сгибания.

Некоторые акушеры допускают применение щипцов

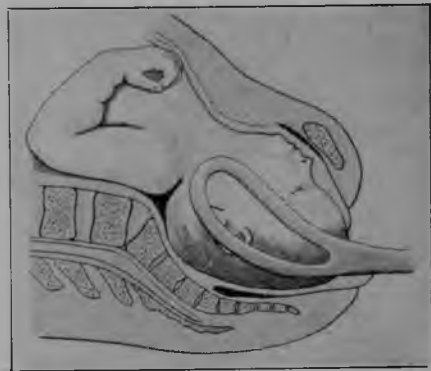


Рис. 679. Извлечение головки щипцами при лобном предлежании.

проделала внутренний поворот (личико за симфизом). Ветви щипцов вводятся под контролем полуруки так, чтобы были захвачены темянные бугры. Тракции производятся сначала в горизонтальном направлении, когда же под лонное сочленение подойдет область верхней челюсти, рукоятки щипцов поднимаются, и затылок выводится из-за промежности.

Щипцы на последующую головку, как уже было упомянуто накладывать нет смысла. Если бы, однако, извлечение щипцами головки при этом условии было признано желательным, то надо иметь в виду, что на последующую головку щипцы надо накладывать из-под туловища, сильно отведя последнее к передней брюшной стенке матери.



Рис. 680. Извлечение щипцами последующей головки.

Тольский. Щипцы *Кристеллера*. М. М. Г. 1862. — *Декурно.* Трудные роды и пр. М. В. 1863. — *Лазаревич.* О щипцах *Тарситани*. Харьк. 1865. — *Лазаревич.* Атлас гинек. и акуш. инструментов. СПб. 1867. — *Гартман.* Демонстрация щипцов. Пр. О. Кал. В. 1872. — *Ананов.* К вопр. о наложении ак. щипцов на послед. головку. М. Сб. Кавк. М. О. 1874. — *Лебединский.* Новые ак. щипцы *Тарнье*. Пр. О. Р. В. 1877-78. — *Лазаревич.* Нек. осн. положения отн. устройства и способа действия ак. щипцов. VI С. Р. Е. 1879. — *Масалитинов.* Прямые щипцы без таз. кривизны и пр. Вр. 1883. — *Лазаревич.* Об ак. щипцах. VII С. Р. Е. 1883. — *Гинзбург.* 69 родов, оконч. щипцами в частн. практике. М. Об. 1883. — *Парышев.* Щипцы *Veus'a* в практ. их применении. Еж. Кл. Г. 1885. — *Лазаревич.* Механ. акушерских операций. Моск. Пир. С. 1887. — *Лазаревич.* Вновь усов. параллельные щипцы. Ж. А. 1887. — *Федоров.* Неск. слов о преимуществах прям. парал. щипцов проф. *Лазаревича*. Ж. А.

1888. — *Лазаревич*. О моих норм. щипцах и пр. Ж. А. 1888. — *Полотебнов*. Щипцы *Breus'a*, модиф. *Полотебновым*. Ж. А. 1888. — *Федоров*. О значении прямых пар. щипцов и пр. Вр. 1888. — *Федоров*. Обыкн. изогнутые щипцы и щипцы проф. *Лазаревича* при узком тазе. Ж. А. 1889. — *Боряковский*. Новые акуш. щипцы. Вр. 1889. — *Боряковский*. О прим. прямых щипцов при задн. виде тем. предлежания. Дн. Пир. С. СПб. 1889. — *Миллер*. О прим. щипцов при задн. виде зат. и тем. предлежаний. Ж. А. 1890. — *Кубасов*. Об акуш. щипцах и пр. В. Общ. Гиг. 1890-91. — *Федоров*. Мат. к вопр. о терапии родов при узком тазе. Дисс. Варш. 1891. — *Лазаревич*. Об акуш. щипцах. Пр. Киев. А. О. 1891-92. — *Димант*. Новое видоизм. акуш. щипцов. Ж. А. 1894. — *Белоруссов*. Об исходе оп. наложения щипцов и пр. Дисс. СПб. 1894. — *Ястребов*. Условия для наложения ак. щипцов. Сб. Слав. 1894. — *Черневский*. Неск. замечаний об ак. щипцах. Ж. А. 1895. — *Бурлаков*. Цель, условия и показания к оп. т. наз. высоких щипцов. Ж. А. 1895. — *Штольц*. О щипцах. Ж. А. 1895. — *Дмитриев*. Мат. к вопр. о высоких ак. щипцах. Дисс. СПб. 1898. — *Рачинский*. Акушерство в Париже. Ж. А. 1900. — *Качкачев*. Приспособление к ак. щипцам. Вр. Г. 1901. — *Гельфер*. Внутричер. давление у утр. плода при проведении головки через узкий таз. Дисс. СПб. 1901. — *Рачинский*. Об ак. щипцах. Ж. А. 1902. — *Кривский*. К вопр. о щипцах *Tarnier*. Ж. А. 1903. — *Жуковский*. О забол. у детей, родившихся с пом. щипцов при травме головки. Ж. А. 1903. — *Герман*. 2 сл. применения осевых щипцов *Tarnier*. Вр. Г. 1905. — *Якуб*. Применение ак. щипцов в частной практике. Р. Вр. 1907. — *Сазонов*. К вопр. о высоких щипцах. Отч. Вр. Г. 1911. — *Попов*. Терапия родов при узком тазе. СПб. 1912. — *Райх*. О посл. модели щипцов с осев. влечением *Tarnier*. Ж. А. 1912. — *Пальмов*. О высоких ак. щипцах по мат. СПб. Клин. Пов. И. за время с 1 янв. 1904 по 1911 г. Дисс. СПб. 1914. — *Греков*. Отч. *Столып*. Ж. А. 1914.

Казуистика: *Николаев*, М. М. Г., 1863; *Шредер*, Мед. Пр. к М. Сб., 1864; *Пуценко*, Пр. Кур. Г. Э. Сов., 1885; *Тоназ*, Отч. *Иноевса*, 1886; *Савин*, Пр. Киев. А. О., V.

Выжимание плода. Среди родоразрешающих акушерских операций, имеющих целью извлечение не уменьшенного в объеме плода *per vias naturales*, в руководствах по акушерству обычно фигурирует также выжимание плода, методика которого была в свое время разработана *Kristeller'ом*, и которое поэтому носит имя названного автора. *Феноменов* впрочем совершенно

справедливо считает выжимание по *Kristeller*'у не столько самостоятельной операцией, сколько вспомогательным приемом, имеющим своею главной целью компенсировать недостаточную деятельность брюшного пресса.

Применяется выжимание плода как при физиологических родах, где изгнание плода затягивается вследствие недостаточной работы изгоняющих сил, так и при родах оперативных, оканчиваемых щипцами и особенно извлечением плода за тазовый конец, где инструментальным или ручным влечением не удается с достаточною быстротою окончить роды. Особенно ценные услуги, как я убедился, оказывает применение способа *Kristeller*'а в трудных случаях экстракции плода за паховые сгибы, при чистых ягодичных предлежаниях.

В числе условий, наличие которых желательна для применения выжимания плода по *Kristeller*'у, на первом плане можно поставить полное раскрытие зева, т. е. вступление родов в период изгнания, хотя сам *Kristeller* и предлагает применять свой способ и в периоде раскрытия, но большинство акушеров, рассматривая его, как замену деятельности брюшного пресса, применяет выжимание лишь тогда, когда физиологически имеет место работа последнего, т. е. в периоде изгнания. Дальнейшими условиями являются достаточная тонкость брюшных стенок, отсутствие сильного напряжения их и не слишком большая чувствительность к давлению. Конечно, к условиям этим надо присоединить также продольное положение плода и отсутствие таких сужений таза, при которых-бы прохождение не уменьшенного в объеме плода оказывалось невозможным.

Техника выжимания плода в описании самого *Kristeller*'а представляется в следующем виде: поместившись с левой стороны роженицы, акушер сначала приводит матку в такое положение, чтобы продольная ось ее совпадала с осью таза, после чего массирует матку через брюшные стенки; когда матка сократится, врач кладет обе руки на живот роженицы так, чтобы большие пальцы лежали на передней поверхности матки, верхушки остальных были обращены ко входу в таз, а ладонные поверхности рук лежали на дне и по бокам матки, и производит на последнюю давление постепенно усиливаемое и потом постепенно же ослабляемое; продолжительность

давления должна равняться 5—8 секундам, после чего должна следовать пауза в 1—3 минуты, а после 10—15 сдавливаний рекомендуется пауза более продолжительная — до 15 минут. Если 20—30 сдавливаний не поведут к заметному перемещению подлежащей части плода, то успех метода является сомнительным. Наилучшие результаты он дает в тех случаях, где матка уже отчасти опорожнилась, и объем ее настолько уменьшился, что ее целиком можно охватить руками.

Каминский. Expressio foetus. М. М. Г. 1867. — *Артемьев.* Вновь предл. родовсп. прием (expressio foetus) и пр. Пр. Кавк. М. О. 1867-68. — *Биддер.* Разбор способа выжимания плода при чер. положении по *Kristeller'y.* Отч. СПб. Род. Зав. 1873-76 гг. СПб. 1880. — *Чудовский.* Выжимание плода при извлечении щипцами. Ж. А. 1887.

б) *Родоразрешающие акушерские операции, имеющие целью извлечение уменьшенного в объеме плода per vias naturales.*

Краниотомия. Операция уменьшения объема головки плода или краниотомия имеет различный круг применения в зависимости от того, производится она на мертвом или на живом плоде. При несомненной смерти плода ее можно производить *larga manu.* Строго говоря, акушер не погрешит, если будет производить ее не только в тех случаях, где естественное окончание родов грозит какою-либо опасностью для матери, но и там, где никакой опасности для последней не предвидится, — единственно с целью избавить роженицу от нескольких часов родильных мук. Если такого образа действий все же нельзя рекомендовать, особенно для частной практики, то только потому, что, с одной стороны, рождение ребенка с изуродованной головкой производит слишком тяжелое впечатление на домашних роженицы, а с другой — потому что сама краниотомия, хотя бы она производилась строго *lege artis,* является, как и всякая операция, далеко не безразличным вмешательством.

Совершенно иначе следует относиться к установке показаний для краниотомии на живом плоде. Так как операция эта сопряжена с неминуемой гибелью последнего, то некоторые из современных акушеров склонны даже думать, что она ни при каких условиях не должна иметь места в практике, — что ее

всегда надо заменять другими формами акушерского вмешательства, при которых плод остается живым, — кесарским сечением, симфизеотомией и пубиотомией. Подобный взгляд, однако, несомненно является крайностью. Как ни блестящи результаты, которые дают названные операции в руках современных операторов, однако подобные результаты получаются лишь там, где оперирующий работает в надлежащей обстановке, при надлежащей ассистентуре и пр. В условиях частной практики, особенно деревенской, врач всегда может очутиться в таком положении, когда производство, напр., кесарского сечения для него явится немислимым без огромной опасности для жизни матери. Волей-неволей ему придется выбирать между спасением матери и нежеланием губить ребенка, и в таких случаях, конечно, выбор должен быть сделан в интересах матери. Другое дело, если роженица находится в клинической или благоустроенной больничной обстановке, — в этих случаях краниотомия на живом плоде действительно не должна быть производима, если только, конечно, мать категорически не откажется подвергнуться кесарскому сечению. За 20-летнюю деятельность в качестве руководителя клиники мне посчастливилось ни разу не переживать тяжелой необходимости производить краниотомию живого плода, причем все предпринятые взамен этой операции кесарские сечения имели благополучный исход для матерей.

Таким образом на живом плоде краниотомия показывается там, где помимо нее роды могут быть окончены лишь такими операциями, как кесарское сечение, а также иногда симфизеотомия и пубиотомия, но где акушер по каким-либо причинам (неподходящая обстановка, отсутствие ассистентуры, нежелание матери и пр.) не может прибегнуть к этим последним. В большинстве случаев это бывает при второй степени относительного сужения таза, т. е. при плоских тазах с кон'югатой от 6 до 8—8¹/₂ сант. и при общесуженных с кон'югатой от 6¹/₂ до 8¹/₂—9 сант. Реже к краниотомии живого ребенка акушеру приходится прибегать при других видах несоответствия между размерами головки плода и размерами полового канала, напр., при опухолях мягких частей последнего и при неправильных сращениях головки (лобные предлежания, задние виды лицевых

предлежаний и т. п.), а также при септическом эндометрите у рожениц, эклампсии и пр.

Кистер, разбирая показания к прободению головки живого плода, высказывает мнение, что узкие тазы сами по себе редко показывают эту операцию, а чаще показаниями к ней являются: *endometritis septica*, грозящий разрыв матки, гидроцефалия плода и эклампсия. Мнение это, однако, едва ли соответствует современной действительности. Кроме того надо иметь в виду, что *endometritis septica* и разрывы матки зачастую имеют место именно у рожениц с узкими тазами, гидроцефалия в большинстве случаев показывает не краниотомию в собственном смысле, а прокол головки, — что совсем не одно и то же, — возможность же при эклампсии спасти мать путем краниотомии живого плода для большинства случаев более, чем сомнительна.

Конечно, говоря о живом плоде, мы в то же время разумеем и вполне жизнеспособного ребенка. Если плод, хотя и жив, но неспособен или мало способен к внеутробной жизни, каковы, напр., бывают гидроцефалики, то в установке показаний к краниотомии акушер вправе не быть слишком щепетильным. Если несоответствие между размерами головки и полового канала таково, что врач не может сразу определить, в состоянии ли головка в неуменьшенном виде преодолеть представляющееся ей препятствие, или для этого необходимо предварительное уменьшение ее объема (напр., при сужениях таза, стоящих на границе между 1 и 2 степенями), а в то же время ни кесарское сечение, ни симфизеотомия, ни пубиотомия почему-либо неприменимы, то в подобных случаях многими рекомендуется, прежде чем приступать к краниотомии живого плода, предварительно попробовать наложение щипцов. Попытки извлечения плода щипцами не должны, однако, в таких случаях длиться очень долго, — если первые 5—6 тракций останутся без заметного результата, то лучше снять щипцы и сразу приступить к краниотомии; излишняя настойчивость в этом направлении может иметь очень печальные последствия для матери, а плод все равно живым извлечь не удастся. Вообще предварительное

применение пробных щипцов, по статистическим данным целого ряда авторов, значительно ухудшает прогноз краниотомии.

Из условий, наличие которых требуется для выполнения краниотомии, следует отметить продольное положение плода, достаточное раскрытие зева, отсутствие абсолютного сужения таза и, наконец, отсутствие пузыря.

Условия эти, однако, должны быть приняты с значительными оговорками. Так, что касается первого из них, продольного положения плода, то в отдельных случаях краниотомию иногда приходится производить и при поперечном положении, — или, точнее, после поперечного положения плода, — когда отделенная путем декапитации головка не в состоянии пройти через суженный таз. Относительно второго условия, раскрытия зева, надо отметить, что первый, наиболее существенный акт краниотомии, перфорацию можно производить и при малом открытии, заключительный же акт данной операции, извлечение плода с уменьшенной в объеме головкой, требует для своего выполнения полного или почти полного раскрытия зева. Наконец, относительно пределов сужения таза, при которых возможна краниотомия, нужно заметить, что большинство акушеров считает таким пределом величину истинной конъюгаты в 6 сант. при плоском тазе и $6\frac{1}{2}$ — при общесуженном; некоторые акушеры, однако, признают возможным производить данную операцию и при более значительно суженных тазах, напр., при тазах с С. в. в $5\frac{1}{2}$ сант.; здесь впрочем приходится прибегать уже не к типичной краниотомии в том виде, как она практикуется в большинстве случаев, а к выламыванию и раздроблению костей, притом не только черепного свода, но и основания черепа (краниоклазия в буквальном смысле слова, базиотрипсия, брэфотомия).

Насчет подготовки рожениц к краниотомии, их положения при операции, наркоза и пр. следует, в общем, повторить то же, что выше было сказано относительно щипцов.

Технически разбираемая операция складывается из трех актов: перфорации, эксцеребрации и краниоклазии или кефалотрипсии.

Первый из этих актов, перфорация или прободение головки, выполняется при помощи инструментов, носящих общее название перфораторов или прободников. В акушерстве известно очень много различных моделей этих инструментов. По своему устройству все они могут быть разделены на три группы: 1) перфораторы трепановидные, 2) перфораторы ножницевидные и 3) перфораторы копьевидные.

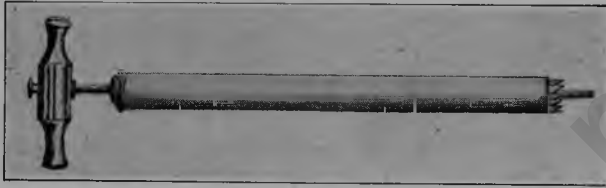


Рис. 681. Трепановидный перфоратор Leissnig-Kiwisch'a.

Из трепановидных перфораторов наиболее употребительны трепаны *Leissnig-Kiwisch'a*, *Braun'a* и *Guyon'a*. Инструмент *Leissnig-Kiwisch'a* состоит из прямой металлической гильзы, внутри которой находится прямой же стержень, на одном конце снабженный рукояткой, на другой — буравом; ко второму

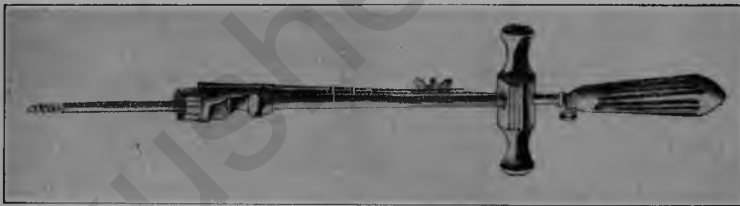


Рис. 682. Трепановидный перфоратор Guyon'a.

концу неподвижно прикреплена коронка с зубцами так, что бурав немного выступает из нее; при вращении рукоятки стержень с коронкой и буравом может то выходить из гильзы, то скрываться в ней. Перфоратор *Braun'a* имеет точно такое же устройство, но является не прямым, а изогнутым, снабженным тазовой кривизной. Наконец, инструмент *Guyon'a* состоит из трех частей: прямого центрального стержня, оканчивающегося на одном конце буравом, а на другом снабженного с'емною

рукояткой, далее — второго полого стержня, на одном конце снабженного коронкой с зубцами, на другом — рукояткой, и, наконец, короткой металлической гильзы, переходящей в узкую полосу, которая может фиксироваться на полом стержне при помощи винта; все эти три части могут принимать различное положение относительно друг друга.

Наиболее распространенным из ножницевидных перфораторов является прободник *Naegle-Simpson'a*, устройство которого



Рис. 683. Ножницевидный перфоратор Naegle.

ясно из прилагаемого рисунка. Как видно из последнего, этот инструмент представляет собою ножницы с заостренными концами и лезвиями, обращенными наружу, которые могут расходиться при сдавливании рукояток.



Рис. 684. Перфоратор Blot.

Наконец, простейшая модель копьевидного перфоратора представляет собою короткое массивное копье.

Наряду с этими типичными перфораторами существуют прободники, по своему устройству представляющие сочетание перфораторов различных типов. Таков, напр., изображенный на прилагаемом рисунке инструмент *Blot*, устроенный отчасти по принципу копьевидных, отчасти по принципу ножницевидных прободников; таков перфоратор *Феноменова*, в котором можно

усматривать комбинацию трепановидного прободника с копьевидным, и пр.

Уже самое существование этих промежуточных моделей свидетельствует, что перфораторы трех перечисленных основных типов, имея каждый свои достоинства, представляют и известные недостатки. Так, трепановидными перфораторами можно перфорировать головку плода в любом месте, как бы крепки ни были ее кости. Кроме того, при употреблении инструментов этого типа в черепе получается достаточной величины отверстие с ровными краями, что очень важно, так как оскольчатые края могут поранить и стенку полового канала роженицы, и руку оператора, причем последний, если имеет дело с септической роженицей, подвергается серьезной, даже

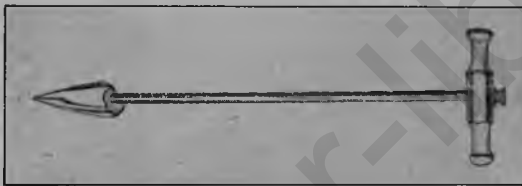


Рис. 685. Перфоратор Феномена.

смертельной опасности; я сам один раз перенес тяжёлую болезнь, поранив себе руку осколком кости при перфорации головки плода у страдавшей сепсисом роженицы. Зато перфораторы данного типа сравнительно сложны по своему устройству, громоздки, дороги по цене, а главное — требуют при употреблении их лишнего помощника. Ножницевидные перфораторы просты по устройству, портативны, дешевле трепановидных по своей цене, перфорация инструментом этого типа может быть произведена акушером единолично; зато ножницевидным прободником лишь с трудом удастся проколоть компактную кость, почему его приходится вводить или в шов, или в родничек, или в глазницу и т. п., а главное — при его употреблении получается маленькое отверстие с неровными, оскольчатыми краями, нередко очень острыми. Копьевидные перфораторы в указанных отношениях занимают средину между инструментами двух разобранных выше типов; они просты по

устройству, обладают значительной прободающей силой, дают отверстие достаточной величины, с более ровными краями, чем ножницевидные перфораторы, не требуют лишнего помощника. Однако и этим перфораторам нечужды некоторые недостатки; главным из них следует признать тот, что острие копьевидного перфоратора сравнительно легко может соскользнуть с кости и причинить роженице тяжелые повреждения; *Славянский* упоминает, напр., об одном случае, где прободник данного типа, соскользнув с кости черепа, вонзился в лево-задний свод рукава и проник в задний *Douglas'*ов карман, причем случай имел летальный исход.

Взвешивая достоинства и недостатки перфораторов различных типов, нужно придти к заключению, что для условий домашней практики, где акушеру приходится работать одному, без помощников, наиболее подходящими являются ножницевидные или копьевидные перфораторы, для условий же больничной работы — трепановидные, причем из ножницевидных перфораторов можно рекомендовать *Naegele-Simpson'*овский, из копьевидных — перфоратор *Blot*, из трепановидных — *Leissnig-Kiwisch'*овский.

Посмотрим теперь, как практически выполняется прободение головки перфоратором *Leissnig-Kiwisch'*а.

Проще всего бывает выполнить этот акт краниотомии при черепных предлежаниях, когда головка притом плотно вколотила в таз. После того, как роженица надлежащим образом уложена на край стола и надлежащим же образом подготовлена, акушер вводит в половой канал четыре пальца левой руки (а в случае надобности — и всю руку), расположив их так, чтобы они образовали род желобка, и помещает концы их на нижнем отрезке черепа, а правой рукою берет перфоратор с завернутою внутрь гильзы коронкою трепана, проводит его по желобку, образованному пальцами левой руки, и утверждает конец инструмента на поверхности черепа. Для лучшей фиксации острие центрального стержня, немного выступающее из гильзы, должно возможно глубоко врезаться не только в покровы черепа, но и в самую кость, а края отверстия гильзы по всей окружности должны вплотную прилежат к поверхности головки. Убедившись в этом путем ощупывания, оперирующий захватывает полною рукою гильзу инструмента ближе к рукоятке, а его

помощник одною рукою также охватывает гильзу, ближе к половой щели роженицы, другою же начинает вращать рукоятку инструмента. Вследствие этого вращения коронка трепана выходит из гильзы и врезывается сначала в покровы черепа, потом в кость, причем слышится характерный хруст. После нескольких оборотов рукоятки хруст прекращается, — это значит, что коронка проникла в полость черепа; тогда помощник вращает рукоятку в обратном направлении, причем

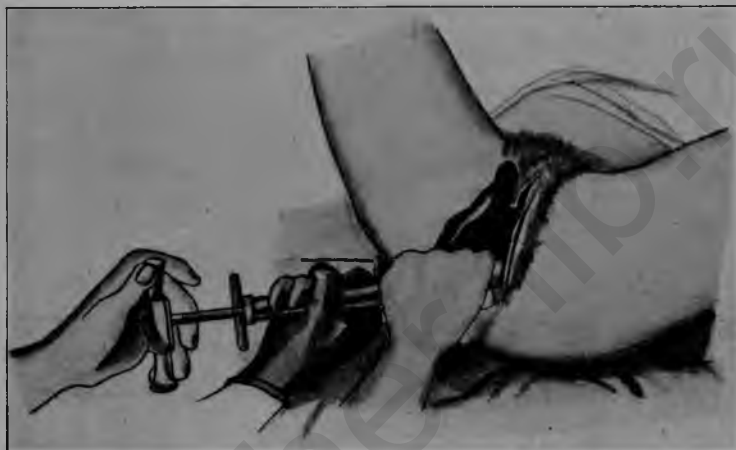


Рис. 686. Производство перфорации трепановидным перфоратором.

коронка, с выпиленным ею кружком кости, вновь скрывается внутрь гильзы, а оператор удаляет инструмент из полового канала.

Феноменов находит более безопасным производить перфорацию не под контролем осязания, а под контролем зрения. С этою целью, раскрыв рукав роженицы ложкообразными зеркалами, акушер делает доступным зрению нижний отрезок головки, захватывает пулевыми щипцами, через раскрытый зев, кожу черепа и выкраивает из последней лоскут скальпелем; лоскут этот отделяется от кости и при помощи пулевых щипцов выводится из зева, а оператор пробуравливает перфоратором обнаженную кость. Такой способ действий заслуживает полного внимания; но, к сожалению, его далеко

не всегда можно провести в практике, — нередко перфорацию приходится производить при таком высоком стоянии головки, что сделать последнюю доступною глазу нет никакой возможности.

Если подлежащая прободению головка подвижно стоит над входом в таз, то прежде, чем приступить к операции, надо поручить помощнику фиксировать ее, что производится путем надавливания обеими руками через брюшную стенку роженицы. В случаях, где изгнание плода с перфорированной головкой не предоставляется силам природы, а предполагается произвести искусственно, помощник должен фиксировать головку в одном и том же положении до того момента, пока она не будет прочно захвачена краниокластом; в противном случае при прекращении надавливания головка может повернуться, причем сделанное отверстие может оказаться недоступным, и для производства следующих актов краниотомии придется перфорировать череп в другом месте.

При лицевых и лобных предлежаниях прободение головки трепановидным перфоратором лучше всего производить в области лба, при необходимости же перфорировать последующую головку надо накладывать перфоратор в месте перехода затылка в шею, возможно ближе к большой затылочной дыре (*foramen occipitale magnum*). Мне неоднократно приходилось убеждаться на практике, что трепанирование головки в этом месте можно произвести без больших затруднений.



Рис. 687. Производство перфорации под контролем зрения (по Феномену).

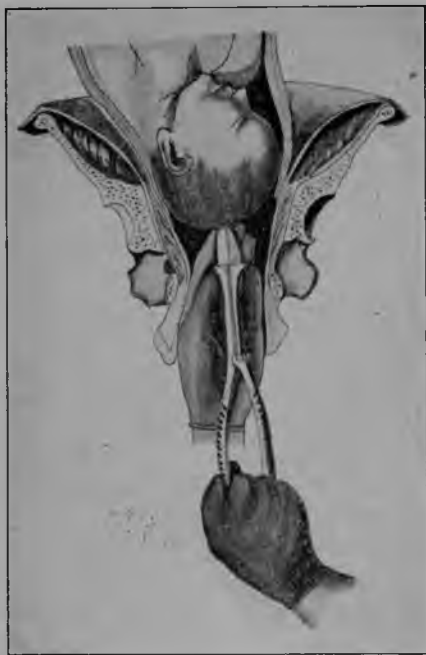


Рис. 688. Перфорация головки плода ножнице-
видным перфоратором Naegele.

Если в распоряжении акушера имеется ножницевидный перфоратор, то при черепных предлежаниях головки он вводится в половой канал роженицы, под контролем осязания или зрения, в сложенном виде, и острие его втыкается, насколько возможно, глубоко в области одного из швов или родничков. Воткнув перфоратор, акушер путем надавливания на рукоятки инструмента заставляет его лезвия разойтись и таким образом увеличивает отверстие в продольном направлении; затем, повернув инструмент на 90° и снова раздвигая его лезвия, он увеличивает костную рану в поперечном направлении.

Как уже было сказано выше, при этом получается небольшое, неправильной формы отверстие с зубчатыми, оскольчатыми краями. При лицевых предлежаниях острие прободника лучше вводить в лобный шов или глазницу, при лобных — в лобный шов, при перфорации последующей головки — в *foramen occipitale magnum*.

Таким же приблизительно образом, как ножницевидным перфоратором, производится прободение головки и копьевидным прободником; только, благодаря более значительной прободающей силе последнего, здесь можно быть менее разборчивым в выборе места для прокола; необходимо, далее, иметь в виду опасность соскальзывания перфоратора, о которой уже говорилось выше; наконец, увеличение костной дыры здесь производится путем вращательных, буравящих движений.

После того, как головка перфорирована, под влиянием давления со стороны изгоняющих сил и противодействия со сто-

роны стенок таза она спадается, и нередко из перфорационной дыры сама собою выходит мозговая масса. Обычно, однако, последняя удаляется искусственно, для чего и служит второй акт краниотомии, — эксцеребрация. Состоит эксцеребрация в том, что сначала мозг разрушается путем перемешивания его введенным в перфорационное отверстие металлическим катетером, зондом и т. п., а всего лучше — изогнутой ложкой, потом перемешанная мозговая масса вымывается струей какой-либо стерильной жидкости (борного раствора, физиологического раствора, наконец, просто воды), для чего может служить обыкновенная кружка *Esmarch'a* со стеклянным наконечником.

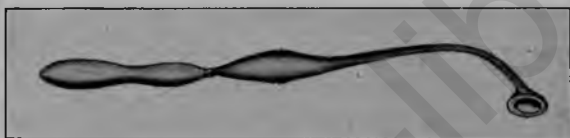


Рис. 689. Ложка Феноменова для эксцеребрации.

Эксцеребрация имеет свою главную цель не столько способствовать уменьшению объема головки, ибо эта цель достаточно достигается и одной перфорацией, сколько уничтожить всякие признаки жизни у плода (если, конечно, операция производится на живом плоде). Нет ничего тяжелее не только для присутствующих при операции родственников роженицы, но и для других лиц, как видеть извлеченного или самопроизвольно родившегося младенца с изуродованною головкою обнаруживающим, однако, признаки того, что он жив. Поэтому при эксцеребрации надо обращать особенное внимание на то, чтобы разрушить продолговатый мозг с его важнейшими жизненными центрами.

Исходя из того, что ранения мозга далеко не всегда бывают смертельны, *Соловцов* предложил при краниотомии отнюдь не стремиться к возможно совершенной эксцеребрации, а напротив, по возможности щадить после перфорации мозг ребенка, дабы впоследствии иметь возможность сохранить новорожденного в живых, лечя рану черепа по общим правилам хирургии.

Предложение это, по понятным причинам, не нашло, однако, сочувствия в среде акушеров.

Чтобы одновременно и разрушать мозг, и производить его вымывание из черепа, одним из моих учеников, д-ром Агафоновым, предложен очень практичный инструмент, состоящий из комбинации ложки с катетером.

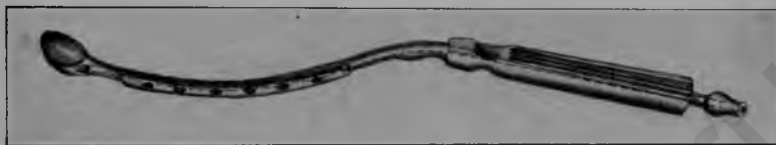


Рис. 690. Ложка Агафонова для эксцеребрации.

Третьим, заключительным актом краниотомии, благодаря которому последняя и относится к категории не подготовительных, а родоразрешающих операций, является извлечение плода с перфорированной головкой. В прежнее время извлечение это производилось при помощи инструментов, носящих название кефалотрибов, и потому весь акт был известен под названием кефалотрипсии. Кефалотриб — это громоздкий, тяжелый инструмент, по своему устройству напоминающий щипцы. Подобно некоторым щипцам он состоит из двух перекрещивающихся ветвей, подобно щипцам он снабжен головною и тазовою кривизнами; но ветви его длиннее и массивнее, головная кривизна гораздо меньше, чем в щипцах, верхушки ложек при замкнутом инструменте вплотную или почти вплотную сближаются между собою, соединение ветвей, кроме замка, достигается при помощи особого аппарата с винтом, расположенного на рукоятке и сближающего как рукоятки, так и ложки инструмента. Инструмент этот накладывается на перфорированную и опорожненную головку по тем же правилам, по каким накладываются щипцы, т. е. сначала вводится левая его ложка, потом правая, обе ложки замыкаются, и винт сжимающего аппарата рукояток заворачивается до тех пор, пока это только оказывается возможным. Благодаря действию этого аппарата, ложки кефалотриба сильно сближаются между собою и прочно ущемляют головку, сплющивая ее. Когда головка прочно захвачена, она протаскивается кефалотрибом через тазовое кольцо, причем, относительно ха-

рактера тракций, их направления и пр. соблюдаются те же правила, какие выше было указаны для извлечений щипцами.

В настоящее время акушеры почти совершенно оставили кефалотрипсию, и не без основания: помимо того, что кефалотриб представляет собою грубый, неуклюжий инструмент, которым, особенно при его соскальзывании, можно причинить

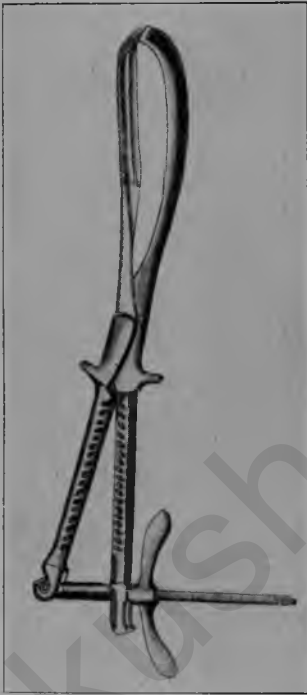


Рис. 691. Кефалотриб Olshausen'a.



Рис. 692. Краниокласт Braun'a.

тяжелые повреждения мягких частей полового канала, — эффект кефалотрипсии не соответствует анатомическим отношениям, имеющим место в большинстве случаев краниотомии. Последнюю обычно приходится производить при тазах, в которых наиболее суженным является прямой размер. Между тем кефалотриб, будучи накладываем обыкновенно в поперечном размере, уменьшает головку именно в этом последнем, в прямом же размере она, наоборот, вытягивается.

Современные акушеры большею частью производят извлечение перфорированной головки плода при краниотомии не кефалотрибом, а другим инструментом, именно, краниокластом, отчего и весь этот акт известен под названием краниоклазии, хотя первоначально данный термин был введен для обозначения выламывания костей черепа. Краниокласт — гораздо менее громоздкий и тяжелый инструмент, чем кефалотриб. Он также гораздо меньше последнего по своему устройству на щипцы, хотя тоже состоит из двух перекрещивающихся ветвей, снабженных в месте перекреста

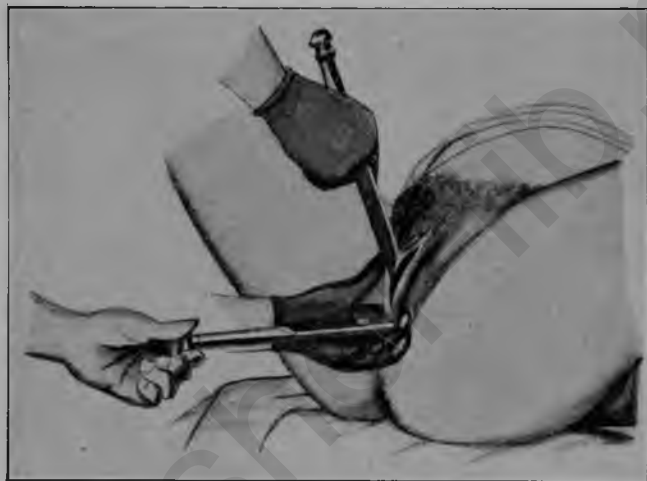


Рис. 693. Наложение ветвей краниокласта на перфорированную головку.

замком. Рукоятки краниокласта, как и рукоятки кефалотриба, снабжены сжимающим аппаратом в виде винта. Ложки имеют небольшую тазовую кривизну, причем одна ложка — сплошная, с неровностями на своей выпуклой поверхности, другая окончатая.

Наложение краниокласта на перфорированную головку производится таким образом, что сначала внутрь черепа, через перфорационное отверстие, вставляется сплошная ложка инструмента, вводить которую в половой канал надо под контролем пальцев, обратив притом выпуклую поверхность ложки к ладонным поверхностям последних, — иначе неровности, нахо-

дящиеся на конце ложки, могут поранить влагалищную стенку. Вставив сплошную ветвь краниокласта, акушер передает ее рукоятку для держания помощнику, а сам вводит, опять-таки под контролем пальцев, окончатую ветвь, которую накладывает на наружную поверхность головки, соответственно положению сплошной ветви. Убедившись затем, путем ощупывания, что обе ложки лежат, как следует, оперирующий соединяет их в области замка и завинчивает *ad maximum* сжимающий прибор рукояток. Концы ложек крепко захватывают тогда ту или другую

часть черепа. Затем производится извлечение захваченной инструментом головки, причем тракции выполняются так же,

как и при щипцах.

В руководствах по акушерству различным образом решается вопрос о том, на какую именно часть черепа надо накладывать краниокласт. В тех случаях, где выполнение данного акта краниотомии сопряжено с затруднениями, прихо-



Рис. 694. Завинчивание сжимающего аппарата краниокласта после наложения его ветвей.



Рис. 695. Извлечение перфорированной и опорожненной головки краниокластом.

дится захватывать ту часть, которая представляется более доступною. Но если для акушера есть возможность выбора, то при черепных предлежаниях лучше накладывать краниокласт на лобную часть черепа: во-первых, за эту часть головка захватывается надежнее, так как соединение костей здесь прочнее; во-вторых, при таком захватывании головки последняя проводится через таз, при извлечении, более соответственно нормальному механизму родов. Положение инструмента при извлечении должно соответствовать анатомическим отношениям таза, т. е. выпуклость тазовой кривизны его должна быть обращена кзади; при этом условии головка, если она захвачена за лобную часть черепа, будет проходить через таз затылком кпереди, т. е. так, как она проходит и в норме.

Напротив, при лицевых и лобных предлежаниях краниокласт лучше накладывать на обращенную кзади часть черепного свода, так как при этом, с одной стороны, захватывание возможно на большем протяжении, а с другой — головка извлекается подбородком (resp. личиком) кпереди, т. е. опять-таки так же, как она изгоняется нормально.

При перфорации последующей головки прибегать к наложению краниокласта нередко не приходится, так как головка извлекается за туловище ручными приемами; если же в подобных случаях все-таки приходится прибегать к краниоклазии, то накладывать краниокласт надо из-под туловища, захватывая им чешую затылочной кости. Можно также извлекать перфорированную последующую головку крючком, введенным в полость черепа через перфорационную дыру.

При слишком значительных сужениях таза провести краниокластом лишь перфорированную головку иногда не удастся, — приходится предварительно выломать все черепные кости, т. е. произвести краниоклазию в собственном смысле этого слова. Краниокласт первоначально и предназначался для этой операции, но для нее он является мало удобным, — гораздо удобнее производить выламывание крепкими костными щипцами или такими инструментами, как брефотом *Лазаревича*.

Иногда и после выламывания костей черепа, остающаяся, т. е. лицевая часть головки с *os basilare* оказывается слишком об'емистою, чтобы пройти через сильно суженное тазовое кольцо. В таких случаях одни акушеры прибегают к раздроблению основной кости и лицевых костей при помощи специальных инструментов типа кефалотрибов, а другие, — и с гораздо большим правом, — здесь вовсе не применяют краниотомии, заменяя ее извлечением плода через искусственно образованные пути, т. е. прибегая к кесарскому сечению.

В новейшее время для извлечения уменьшенной в об'еме головки при значительных сужениях таза некоторыми авторами (*Auvard, Zweifel* и др.) предложены т. наз. трехстворчатые краниокласты, — инструменты, состоящие из трех ветвей и представляющие сочетание перфоратора, краниокласта и кефалотриба. Одна из ветвей этих инструментов вводится внутрь черепа, другие две накладываются на головку снаружи.



Рис. 696. Трехстворчатый краниокласт Auvard'a.

Флоринский. Можно ли допустить кефалотрипсию над живыми младенцами? Пр. О. Р. В. 1860—61. — *Сутугин.* К вопр. об извлечении плода после прободения головки. В.-М. Ж. 1872. — *Удинцов.* О значении краниокласта в акуш. практике. СПб. Дисс. 1873. — *Феноменов.* О прободении черепа во вр. родов. Вр. 1884. — *Сыромятников.* Экссеребратор. Пр. Ф.-М. О. в М. 1885. — *Личкус.* К вопр. о прободении послед. головки. Вр. 1885. — *Лебедев.* Кес. сечение или краниотомия на живом плоде? Г. Б. 1886. — *Кашкаров.* К вопр. об удалении костей черепа при краниотомии. Ж. А. 1888.

— *Баландин*. О совр. значении краниокласта и способах извлечения пробод. головки. III *Пир. С.* — *Лазеревич*. Показания к брэфотомии. Вр. 1890. — *Кистер*. О показаниях к прободению головки жив. плода. IV *Пир. С.* — *Розенгарт*. О брахиотомии при брэфотомии. Пр. Киев. А. О. V. — *Кубасов*. Кефалотрипсия, краниоклазия и базиотрипсия по *Тарнье*. В. Общ. Г. 1892. — *Щеткин*. Инструмент для просверливания головки плода. М. Об. 1893. — *Фавр*. Перфоратор-бурав. Ж. А. 1894. — *Конаржевский*. Мат. к стат. перфорации, произв в СПб. Род. Зав. с 1885 по 1894 г. Дисс. СПб. 1897. — *Соловцов*. Прободение головки утр. плода и его дальн. судьба. Вр. 1898. — *Щенкин*. Ср. оценка наших русских перфораторов и пр. Ж. А. 1907. — *Монин*. К вопросу о прободении головки жив. плода. Ж. А. 1912. — *Мазурин*. К вопросу о перфорации живого и мертвого плода. Ж. А. 1912. — *Розенштейн*. Перфоратор-бурав. Вр. Г. 1912.

Казуистика: *Лейхтфельд*, Др. З., 1844; *Китер*, Зап. по ч. Вр. Н., 1849; *Левандовский*, Пр. Вил. М. О., 1876; *Красина*, Вр., 1880; *Маевский*, Пр. Вил. М. О., 1883; *Паупертов*, Отч. *Иноевса*, 1886; *Родзевич*, Р. Мед., 1886; *Орлов*, Р. Мед., 1888; *Багрянский*, Тр. О. Арх. В., 1891; *Большесольский*, там же; *Колбасенко*, Пр. Киев. А. О., IV.; *Панфилович*, Пр. О. Кал. Вр., 1897.

Клейдотомия и стернотомия. При более значительных степенях сужения таза нередко случается, что уменьшенную в

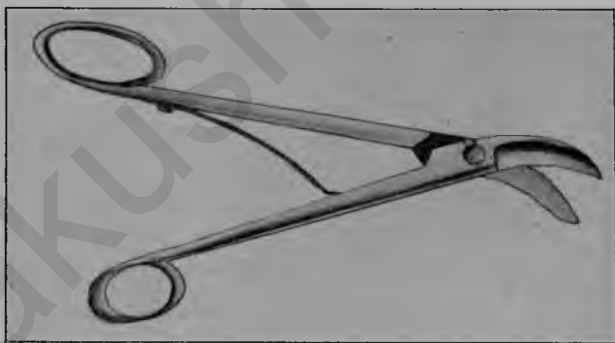


Рис. 697. Ножницы для клейдотомии Феноменова.

объеме головку удастся провести через таз, плечики же встречают здесь непреодолимое сопротивление. В подобных случаях является показанною операция клейдотомии, состоящая в

перерезке ключиц. Введя в рукав левую руку или полуруку, т. е. четыре пальца, акушер достигает ею грудной поверхности туловища плода и нащупывает ближайшую ключицу, правой же рукой берет изогнутые ножницы с закругленными концами, проводит их по ладонной поверхности введенной руки и перерезывает ключицу, после чего плечевой пояс спадается, и плечики удается провести через таз. Как я убедился, иногда рассечение плечевого пояса удобнее всего бывает произвести в области грудинно-ключичного сочленения.

Если клейдотомия дает недостаточное уменьшение объема верхней части туловища, то можно прибегнуть к стернотомии — разрушению грудной кости, которое можно выполнить или ножницами, или перфоратором (*Илькевич, Белоручев*). Иногда с той же целью является необходимым применить и перерезку ребер, которые захватываются крючком *Braun*'а и пересекаются ножницами (*Орбант*).

Феноменов. К вопросу об эмбриотомии. Операция перерезки ключиц (*cleidotomia*). *Еж.* 1894. — *Орбант*. Частичная эмбриотомия — *claviculo-costotomia*. *Вр. Г.* 1905. — *Илькевич*. Стернотомия, как вид эмбриотомии. *Тр. М. А. О.* 1911. — *Белоручев*. *Сл. sternotomi'i*. *Вр. Г.* 1912.

Эмбриотомия. Под общим названием эмбриотомии разумеются, с одной стороны, все акушерские операции, имеющие целью уменьшение объема утробного плода, в том числе не только клейдотомия и т. п., но и краниотомия. С другой стороны, однако, название это в современном акушерстве по преимуществу усваивается трем плодоразрушающим операциям, применяемым в большинстве случаев при запущенных поперечных положениях; эти операции — декапитация, эвисцерация и спондилотомия.

Как только что сказано, главным показанием к эмбриотомии является запущенное поперечное положение плода; по другим показаниям операции типа эмбриотомии производятся так редко, что об них не стоит и упоминать. Что касается поперечного положения, то в общем оно показывает операцию поворота, которая и должна быть при нем производима в тех случаях, где имеется налицо необходимое условие для нее —

подвижность плода. Там же, где этого условия нет, где поперечно лежащий плод плотно вколотился в таз, т. е. в случаях запущенного поперечного положения, операция поворота без применения слишком большой силы является, понятно, физически невозможной; если же применять при ней слишком большую силу, то неминуемым последствием этого будет разрыв нижнего сегмента, стенки которого в подобных случаях и без того бывают крайне растянутыми и готовыми разорваться при малейшем насилии. В подобных случаях и применяются операции типа эмбриотомии, при помощи которых мать избавляется от опасности разрыва матки, ребенку же не наносится ущерба, так как в запущенных случаях поперечного положения он все равно большею частью оказывается мертвым.

Из отдельных разновидностей эмбриотомии одни акушеры (*Марковский*) предпочитают при запущенных поперечных положениях применять эвисцерацию, другие (*Столыпинский*) считают более целесообразною декапитацию, большинство же применяет ту или другую операцию в зависимости от того, насколько доступно в каждом данном случае оказывается шейка плода: если она легко достигается, то производится декапитация, если нет, — эвисцерация. Спондилотомия большею частью производится не как самостоятельная операция, а как вспомогательный прием при эвисцерации.

Необходимые условия для эмбриотомии — те же, что и для краниотомии, т. е. отсутствие абсолютного сужения таза и отсутствие пузыря; равным образом такова же, как при краниотомии, и подготовка больной.

Переходя, далее, к описанию техники операций типа эмбриотомии, заметим прежде всего, что декапитация многими акушерами производится при помощи крючка *Braun*'а. Инструмент этот состоит из стального стержня, около 25 сант. длины, один конец которого снабжен поперечною рукояткою, а другой изогнут под острым углом, причем загнутая часть, имеющая около 3 сант. в длину, уплощена и оканчивается пуговкою. В общем крючек *Braun*'а похож на описанный уже выше, в главе об экстракции плода за тазовый конец, крючек *Smellie* — с тою лишь разницею, что последний оканчивается заострением и, кроме того, на том конце, где в инструменте *Braun*'а

находится рукоятка, имеет изгиб, делающий его пригодным для извлечения за пах.

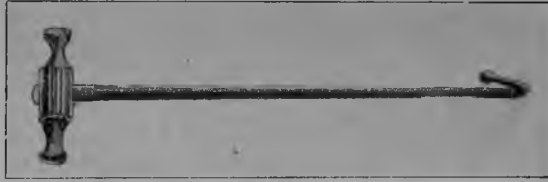


Рис. 698. Декапитационный крючок Браун'а.

Приступая к декапитации, акушер сначала принимает

меры к тому, чтобы, буде это только возможно, сделать шейку плода более доступною. Поперечные положения плода, особенно запущенные, очень часто сопровождаются выпадением ручки. Оттягивая последнюю книзу, оперирующий приближает соответствующее плечико и вместе с ним шейку к выходу таза, после чего, отведя ручку в сторону туловища, чтобы она не мешала, передает ее удерживать в этом положении



Рис. 699. Введение крючка Браун'а для декапитации при запущенном поперечном положении.

лучше за наложенную на ручку петлю — своему помощнику. После того оперирующий вводит в половой канал всю руку, соответствующую положению головки плода, и, добравшись до шейки, охватывает ее пальцами так, чтобы большой палец был обращен к симфизу, а остальные — в сторону крестца, причем верхушки большого и одного из задних пальцев — указательного или среднего — должны соприкоснуться между собою. Главное назначение этой руки — фиксировать во время операции головку, так как последняя, обладая большою подвижностью,

чем туловище, может при манипуляциях крючком смещаться, и передвижения ее могут повести к разрыву растянутой стенки нижнего сегмента. Кроме того она служит для контроля как при введении крючка, так и во время работы им. Поэтому крючек, захваченный за рукоятку другою рукою так, чтобы стержень его проходил между средним и указательным или средним и безымянным пальцами, вводится по лучевой поверхности большого пальца



Рис. 700. Вращение наложенного на шейку плода крючка и персламывание им шейной части позвоночника.

внутренней руки, а достигши конца его, помещается между ладонною поверхностью соприкасающеюся с большим заднего пальца и поверхностью шейки. Последняя при этом захватывается крючком сверху. Убедившись в том, что конец инструмента лежит на шейке, как следует, акушер начинает вращать крючек около продольной оси так, чтобы пуговка крючка смещалась в сторону головки. При этом происходит как перелом шейной части позвоночника, так и разрыв мягких частей шеи. После 8—10 вращений головка плода обыкновенно оказывается совершенно отделенную от туловища, и последнее может быть извлечено за ручку, а затем выводится наружу и головка.

Из сказанного видно, какую важную и притом высокополезную роль играет при декапитации выпавшая ручка. Поэтому удалять ее, производить т. наз. брахиотомию следует лишь в случаях крайней необходимости, где ручка отечна, а рукав узок, и ручка настолько стесняет его просвет, что акушеру невозможно провести руку, дабы добраться до шейки плода.

Так как, с одной стороны, мягкие части шейки с трудом разрываются при поворотах крючка, а с другой — в

интересах большей безопасности полового канала роженицы *Чудовский* предлагает производить декапитацию подкожно. С этой целью покровы шейки сначала прорезываются ножницами, затем в сделанное отверстие вводится крючок, и при помощи его переламывается позвоночник, кожа же и другие мягкие части крючком оттягиваются книзу и перестригаются ножницами. Другие акушеры (*Феноменов*) и позвоночник рекомендуют перерезать ножницами, для чего могут служить ножницы такого же устройства, как и употребляемые для клейдотомии; конец их проводится к позвоночнику так же, как в способе *Чудовского* крючок *Braun'a*, т. е. через отверстие в покровах шейки, и перерезка позвоночника производится *in situ*, тогда как мягкие части перестригаются после оттягивания их крючком к половой щели. Наконец, некоторые из современных акушеров производят декапитацию крепким ножом серповидной формы, предложенным для данной цели *Schultze*.



Рис. 701. Серповидный нож *Schultze* для декапитации.



Рис. 702. Извлечение ручными приемами отделенной головки после декапитации.

Отделенную при декапитации головку можно удалять или ручными приемами, для чего акушер вводит два пальца одной руки в ротик, а другою рукою надавливает на головку снаружи, или крючком, который вводится опять-таки в рот, или крапнокластом, после предварительной перфорации и эксцеребрации. При значительных сужениях таза это удастся не так-то легко, и отсюда становятся возможными случаи вроде описанного *Жемчужниковым*,

где головка после декапитации в течение 112 дней оставалась в матке.

Второй вид эмбриотомии, эвисцерация или эвентерация, выполняется следующим образом: оттянув книзу выпавшую ручку, — если, конечно, таковая имеется, — и передав ее



Рис. 703. Прокол грудной полости ножницевидным перфоратором при эвисцерации.

держат помощнику, акушер входит левой рукой в половой канал роженицы и добирается концами пальцев до ближайшей стенки брюшной или грудной полости, после чего вводит по ладонной поверхности этой руки ножницевидный перфоратор, ножницы или другой подходящий инструмент и продельвает им отверстие в стенке; через это отверстие вытаскиваются крючком, корнцангом и т. п. внутренности — сначала находящиеся во вскрытой полости, а затем, после прободения диафрагмы, и лежащие в соседней полости; когда внутренности удалены, туловище захватывается крючком за позвоночник, и плод выводится сложенным вдвое, причем, для лучшего складывания, можно предварительно переломить позвоночник крючком *Braun* или перерезать его ножницами (спондилотомия).

Как операция нетипическая, эвисцерация может представлять много технических вариантов. Среди этих вариантов заслуживает упоминания способ, предложенный *Рекашевым* и давший хорошие результаты нескольким русским акушерам (*Керсновскому*, *Петровскому* и *Березскому*). Операция по способу *Рекашева* начинается с вылущения выпавшей ручки, производимого после образования манжетки

из мягких частей плеча; через эту манжетку резецируются ребра и удаляются внутренности, после чего плод извлекается *corpore duplicato*, или же, по совету *Петровского*, вырываются лопатка, ключица и пр., после чего плод также извлекается по типу самоизворота.

Феноменов вместо грязной и кропотливой работы удаления внутренностей рекомендует прямо производить спондилотомию, причем акушер или ограничивается лишь разделением позвоночника с последующим извлечением сложенного вдвое, плода, или перерезывает и мягкие части туловища так, что тело плода делится на две части, извлекаемые порознь. В этом последнем виде спондилотомия была предложена еще раньше *Simpson'ом*.

Флоринский. Неск. слов о декапитации утр. младенца. М. В. 1862. — *Гамбурцев*. Поперечное положение и раз'ятие младенца. М. М. Г. 1864. — *Лазаревич*. Операция уменьшения объема младенца. Пр. О. Р. В. 1866. — *Биддер*. Механ. пособие при т. наз. запущенных поп. положениях. Вр. 1881. — *Чудовский*. К технике декапитации. Вр. 1882. — *Бриль*. Врутриутр. спондилотомия. Вр. 1887. — *Марковский*. О двух сл. *eviscerationis* необычн. способом. Отч. Вр. 1887. — *Розанов*. К вопр. о механ. пособии при зап. поп. положениях. Р. М. 1891. — *Реутский*. О показаниях к экзентерации при зап. поп. положениях. Р. М. 1891. — *Марковский*. К вопр. об эмбриотомии. Ж. А. 1892. — *Жемчужников*. Сл. прод. задержания в полости матки головки плода после декапитации. Пр. Киев. А. О. 1892. — *Колбасенко*. К вопр. о вылушении выпавшей ручки при зап. поп. положении. Пр. В. 1903. — *Столыпинский*. О показаниях к операции эмбриотомии вообще и к декапитации в частности. IX *Пир.* С. — *Керсновский*. К вопр. о родоразрешении при зап. поп. положении плода с выпадением ручки. Пр. В. 1906. — *Петровский*. Практ. изменение способа производства эмбриотомии в зап. поп. положениях плода. Пр. В. 1910. — *Березский*. Вр. Г. 1911. — *Белоручев*. Сл. *sternotomi'i*. Р. Вр. 1912.

Казуистика: *Петухов*, Др. З., 1854; *Татаринов*, М. М. Г., 1866; *Генрихсен*, Пр. О. Од. В., 1876-77; *Соловьев*, М. В., 1877; *Макеев*, Тр. М. Физ.-М. О., 1880; *Бриль*, Вр., 1882; *Маевский*, Пр. Вил. М. О., 1883; *Побединский*, Тр. М. А. О., 1885; *Пуценко*, Пр. Курск. Г. З. Сов., 1885; *Засядко*, Р. М., 1886; *Бажанов*, Р. М., 1888; *Большесольский*, Тр. О. Арх. Вр., 1891; *Панфилович*, Пр. О. Кал. Вр., 1893; *Борцов*, Вр. Г., 1911.

б) Родоразрешающие акушерские операции, имеющие целью извлечение плода через искусственно образованные пути.

Кесарское сечение и его разновидности. Если утробный плод почему-либо не может родиться, гесп. быть извлеченным естественным путем, т. е. через половой канал матери, или рождение, гесп. извлечение его, сопряжено с слишком большими опасностями или для него самого, или для матери, или для обоих вместе, то можно избрать другой путь для извлечения плода — через разрез как брюшных стенок беременной, так и маточной стенки. Такого рода операция издавна известна под названием кесарского сечения.

Кесарское сечение принадлежит к числу акушерских операций, известных уже в глубокой древности. Самое название свое оно получило от того, что предписание в известных случаях производить эту операцию вошло в кодекс древнейших римских законов, составление которого приписывается второму римскому царю, Нуме Помпилию. Поэтому правильнее было бы называть данную операцию не кесарским сечением (*sectio caesarea*), а царским сечением (*sectio regia*). Многие исторические люди древности явились на свет этим путем. Первоначально, однако, данная операция имела крайне ограниченный круг применения, — вплоть до начала 17 столетия она производилась исключительно на мертвых беременных и роженицах, для спасения жизни утробного плода. Первый случай выполнения ее на живой женщине принадлежит, повидимому, *Trantmann*'у в Виттенберге (Германия), и относится к 1610 году. Впрочем и после того акушеры долго продолжали крайне неохотно применять эту операцию на живых, так как несовершенства техники, а главное — несоблюдение правил асептики делали ее почти абсолютно смертельною для матери. До какой степени велика была смертность после кесарского сечения еще в сравнительно недавнее время, — о том свидетельствует замечание *Крассовского*, имеющееся в его „Оперативном Акушерстве“ (1885), что в России известны лишь 3 случая, где операция эта имела благоприятный исход для матери (и то в 2 случаях, где кесарское сечение было произ-

ведено на одной и той же женщине, оно оба раза было сделано немецкими врачами, в Риге, а третий случай принадлежал *Глицинскому*, в Варшаве). Совершенно естественно, что до новейшего времени данная операция на живых применялась лишь по т. наз. абсолютным показаниям, — там, стало быть, где без нее, как матери, так и ребенку грозила неизбежная смерть. Лишь с введением в оперативную практику сначала антисептики, потом асептики быстро исчез прежний страх акушеров пред кесарским сечением, и последнее стало широко применяться не только по абсолютным, но и по относительным показаниям, т. е. там, где возможны и другие способы родоразрешения, но только сопряженные с гибелью плода, или же с опасностью и для плода, и для матери. Одновременно с этим стала усиленно разрабатываться и техника данной операции, и в настоящее время нам известен целый ряд технических модификаций последней, незнакомых нашим ближайшим предшественникам.

В настоящее время кесарское сечение применяется, с одной стороны, на живых, с другой — на мертвых и умирающих. В некоторых случаях этой операции матка после опорожнения остается, далее, неудаленною (консервативное кесарское сечение), между тем как в других она или ампутируется (операция *Porro*), или совершенно экстирпируется. С технической стороны важно, затем, различать те способы производства кесарского сечения, при которых разрез и опорожнение беременной матки производятся трансперитонеально, и те, при которых операция выполняется внебрюшинно. При трансперитонеальном выполнении операции можно, далее, вскрывать матку или в области верхнего сегмента маточного тела, или в области нижнего сегмента, resp. маточной шейки, соответственно чему в разных местах проводится и разрез брюшных стенок. Все эти существенные в практическом отношении различия заставляют авторов руководств по акушерству излагать учение о кесарском сечении в виде отдельных рубрик, каковому примеру последуем и мы. При этом прежде всего остановимся на том способе данной операции, который известен в акушерстве под названием классического, и при котором операция производится на живой

или мертвой женщине, трансперитонеально, с разрезом в области верхнего сегмента маточного тела и с оставлением матки.

Классическое кесарское сечение на живых. Модификация эта, до сих пор пользующаяся наиболее широким распространением в акушерской практике, применяется, подобно другим разновидностям кесарского сечения, как по абсолютным, так и по относительным показаниям. Абсолютными показаниями для нее являются такие особенности организма матери, при которых родоразрешение *per vias naturales* совершенно невозможно; сюда относятся прежде всего наивысшие степени сужения таза, определяемые величиной *S. v.* менее 6 сант. в плоских тазах и менее $6\frac{1}{2}$ сант. в общесуженных, далее — опухоли мягких частей родового канала, сильно суживающие просвет последнего, и высокие степени рубцового сужения маточной шейки и влагалища, делающие невозможным проведение тела плода даже при предварительном уменьшении его с одной стороны и при рассечении рубцово-измененных органов — с другой. Что касается относительных показаний, число которых в новейшее время все более и более увеличивается, то к ним относятся различные осложнения родового акта, грозящие опасностями матери или плоду как при естественном течении родов, так и при других способах оперативного родоразрешения. Таковы прежде всего относительные сужения таза, притом не только второй степени, т. е. такие, при которых ребенок не может родиться *per vias naturales* без предварительного уменьшения объема, но иногда и сужения первой степени, где ребенок может родиться живым, но рождение его сопряжено с опасностью серьезных повреждений полового канала и соседних с ним органов матери (роды у повторнобеременных с зашитыми фистулами мочевого пузыря и т. п.). Далее, сюда относятся: опухоли матки и придатков, не допускающие рождения ребенка *per vias naturales* без предварительного уменьшения его объема, эклампсия, *placenta praevia*, неправильные вставления головки, выпадение пуповины и пр.

Необходимые для производства кесарского сечения вообще и классической его разновидности в частности условия являются различными в зависимости от того, по абсолютным или относительным показаниям предпринимается данная операция, и, если по относительным, то имеются при ней в виду интересы плода,

или матери. При наличии абсолютных показаний для акушера безразлично жив плод, или мертв. Если, напротив, операция предпринимается по относительным показаниям, и притом исключительно в интересах плода, то необходимо, чтобы последний был несомненно жив. Наконец, в тех случаях, где поднимается вопрос о кесарском сечении по относительным показаниям в интересах как матери, так и плода, напр., при эклампсии, *placenta praevia* и т. п., — наличие живого плода является веским доводом в пользу положительного решения вопроса, хотя на нее здесь и нельзя смотреть, как на *conditio sine qua non*. При этом надо иметь в виду, что исследование не всегда позволяет легко уловить признаки жизни утробного плода: в отдельных случаях не удастся ни подметить движений плода, ни выслушать его сердцебиения, а между тем плод оказывается живым.

То же самое следует сказать и относительно других условий, обычно выставляемых в качестве необходимых для кесарского сечения, — известной обстановки и отсутствия признаков септической инфекции матки. Если данная операция предпринимается по относительным показаниям, то необходимо, чтобы оперирующий мог выполнить ее в асептической обстановке, при надлежащей ассистентуре, имея в своем распоряжении весь нужный инструментарий и пр., ибо только при этом она является достаточно безопасною для матери. Особенно строго должно быть соблюдаемо это условие в тех случаях, где кесарское сечение предпринимается исключительно или главным образом в интересах плода. Напротив, при наличии абсолютных показаний к данной операции указанное условие должно быть соблюдаемо лишь по мере возможности.

Что и закон так именно смотрит на производство кесарского сечения по относительным показаниям, в интересах плода, — доказывает громкое дела д-ра *Хацкелевича*, привлеченное внимание всего русского врачебного мира в 80-х годах прошлого столетия.

Отсутствие признаков септического эндометрита, при котором данная операция, в трансперитонеальной ее форме, становится слишком опасною для матери, в виду неминуемой опасности

инфекции брюшины, также является необходимым условием для кесарского сечения лишь в тех случаях, где для этой операции имеются лишь относительные показания (впрочем некоторые акушеры новейшего времени и при относительных показаниях отваживаются, у рожениц с данным заболеванием, на кесарское сечение, но только производят его внебрюшинно). При наличии абсолютных показаний *endometritis septica* не должен заставлять врача отказываться от кесарского сечения, но опять-таки и здесь лучше производить его не по классическому способу, а или с последующей ампутацией опорожненной матки (операция *Porro*) resp. ее экстирпацией, или по внебрюшинному способу, — и то, если плод жив; если же плод мертв, то при наличии абсолютных показаний надо прибегать не к кесарскому сечению, а к экстирпации матки, без предварительного ее опорожнения, *per abdomen*.

Среди условий кесарского сечения у многих авторов фигурирует, наконец, согласие роженицы; но об нем, sobотвенно говоря, излишне и упоминать, так как согласие больного должно быть *conditio sine qua non* всякой вообще операции, а не только кесарского сечения.

Гораздо более внимания должно быть уделено вопросу о времени, когда надобно приступать к данной операции. Почти все авторы согласны в том, что, если даже показания к кесарскому сечению установлены задолго до родов, напр., у беременных с абсолютным сужением таза, то приступать к операции все же надо, выждав начала родовой деятельности: во-первых, последняя гарантирует тогда лучшее сокращение матки после ее опорожнения, во-вторых, наступающее при родах раскрытие цервикального канала обеспечивает свободный отток лохий в послеродовом периоде. При этом нет нужды дожидаться значительного раскрытия зева, — к операции можно приступать уже тогда, когда зев будет раскрыт на 1—2 пальца. Труднее решить данный вопрос в тех случаях, где самая установка показаний к операции находится в зависимости от хода родов, напр., при средних степенях относительного сужения таза: в этих случаях лишь длительное наблюдение над течением родового акта позволяет выяснить, в состоянии головка пройти чрез тазовое кольцо, или нет; спешить с операцией здесь, стало

быть, нерационально; с другой стороны, однако, и слишком продолжительное выжидание может оказаться здесь невыгодным, — плод за это время может погибнуть, у матери может произойти сильное прижатие мягких частей родового канала, может развиваться септический эндометрит и т. п. В подобных случаях дело опытности акушера — выбрать такой момент для операции, когда бы последняя не оказалась ни преждевременной, ни слишком запоздалой.

Некоторые акушеры советуют в таких сомнительных случаях прежде, чем приступить к кесарскому сечению, испытать, с пробной целью, наложение высоких щипцов. Надо, однако, иметь в виду, что эта мера значительно ухудшает прогностику последующего кесарского сечения как для матери, так и для плода. Поэтому, если в отдельных случаях и не будет большим грехом со стороны акушера, прибегнуть к пробным высоким щипцам, однако, во-первых, делать это надо со строжайшим соблюдением правил асептики, а во-вторых, при этом следует ограничиваться небольшим числом тракций.

Разбирая вопрос о времени, когда следует приступить к кесарскому сечению, надо также не упускать из виду, что теперь последнее иногда производится по таким показаниям, которые в отдельных случаях могут заставить акушера брать в руки нож еще во время беременности, не дожидаясь начала родов. Такое положение вещей возможно, напр., при *eclampsia gravidarum*, при *placenta praevia centralis* и т. п. Не противопоказует ли в таких случаях отсутствие раскрытия цервикального канала и сократительной деятельности матки — самой операции? Я склонен думать, что нет: если бы при операции выступила атония опорожненной матки, то с нею можно бороться такими средствами, как препараты спорыньи, питуитрин и пр., в крайнем же случае классическое кесарское сечение может быть заменено операцией *Porro*, а обеспечить непрерывный отток лохий можно, расширив цервикальный канал дилататорами сверху, как это мне и пришлось однажды сделать в своей практике; можно также в подобных случаях, по примеру *Иванова*, вставить в цервикальный канал *Nela-*

тон'овский катетер, или просто резиновую трубку достаточного калибра.

Подготовка роженицы (resp. беременной) к классическому кесарскому сечению, ее положение *sub operatione*, наркоз и пр. — должны быть таковы же, как и при всяком абдоминальном чревосечении. Что касается, наконец, техники выполнения самой операции, то здесь, вместе с *Феноменовым*, можно различать 4 главных момента: 1) разрез брюшных стенок, 2) вскрытие полости матки и плодного яйца, 3) извлечение плода и последа и 4) зашивание ран матки и брюшных стенок.

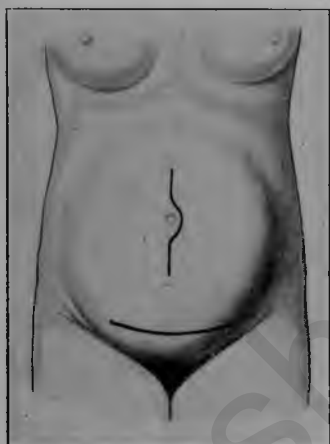


Рис. 704. Разрезы брюшных стенок при классическом и надлобковом кесарском сечении.

Разрез брюшных стенок при классическом кесарском сечении делается обыкновенно продольный, по средней линии. Длина и местоположение его должны быть таковы, чтобы чрез него можно было свободно вывести наружу тело беременной матки и вскрыть последнее в области верхнего сегмента. В этих видах длина разреза должна быть не менее 16-20 сант., проводить же его лучше всего так, чтобы приблизительно половина разреза приходилась выше пупка и половина — ниже. Пупок обыкновенно обходится с

левой стороны, хотя некоторые авторы советуют вести разрез прямо через пупок, вырезывая его, если он слишком истончен и грыжевидно выпячен.

При повторных операциях *Орлов* рекомендует проводить разрез брюшных стенок не по старому рубцу, т. е. не по средней линии, а сбоку, чтобы избежать сращений с салником и кишками. Разделить сращения, однако, — если они имеются, — не так уж трудно, а с другой стороны проведение разреза каждый раз на новом месте неизбежно ведет к обезображиванию живота.

Когда брюшная полость вскрыта, оперирующий или выкатывает матку наружу, или оставляет ее *in situ*. Первый способ заслуживает предпочтения: правда, при нем орган более охлаждается, более травмируется, подвергается большей опасности инфекции, но за то при этом удобнее бывает осмотреть матку снаружи, чтобы выяснить, напр., где лежит плацента, — становится возможным вскрыть матку не только продольно по передней стенке, но и поперечно, в области дна, а также по задней стенке, — легче провести провизорный гэмостаз путем наложения жгута или сдавливания широких связок, а главное — при выкатывании матки мы лучше можем избежать затекания в брюшную полость крови и околоплодной жидкости. Для этой последней цели после выведения матки наружу следует провизорно уменьшить брюшную рану в верхней части, соединив здесь ее края *Péan*'овским пинцетом, пулевыми щипцами и т. п., и обложить матку сзади и с боков стерильными марлевыми компрессами. После того оперирующий приступает к вскрытию матки.

Обыкновенно матка при классическом кесарском сечении вскрывается продольным разрезом, около 11—12 сант. длиною, проводимым от дна до границы верхнего сегмента с нижним (контракционного кольца). В новейшее время, однако, широкое распространение в оперативно-акушерской практике получил предложенный *Fritsch*'ем донный или фундальный разрез, который проводится поперечно в области маточного дна, от места отхождения одной трубы до места отхождения другой. Главное преимущество такого разреза пред обыкновенным продольным — меньшая кровопотеря при нем. Как известно, главные ветви маточной артерии идут в стенке тела матки в поперечном направлении; поэтому при продольном разрезе все они пересекаются поперек, отчего сильно кровоточат, при зашивании же маточной раны швы ложатся параллельно ходу сосудов и потому плохо останавливают кровотечение; при поперечном разрезе получаются как раз обратные отношения.

Перлис, горячо отстаивая донный разрез по *Fritsch*'у, находит, что он представляет еще целый ряд преимуществ пред продольным, а именно, при нем удобнее изолировать брюш-

ную полость от загрязнения, разрез не попадает на место прикрепления плаценты, стенка матки здесь толще, после опорожнения матки донный разрез уменьшается гораздо больше, чем продольный, края его обнаруживают меньшую наклонность к расхождению, исключается опасность ранения мочевого пузыря, легче бывает бороться с атонией, плод удобнее извлекать, впоследствии не получается сращений с передней брюшной стенкой и пр. Испробовав донный разрез, я также убедился в его преимуществах и с тех пор всегда вскрываю матку при кесарском сечении по *Fritsch'y*.

Некоторые авторы рекомендуют проводить разрез матки, при операции кесарского сечения, по передней или задней стенке в зависимости от того, где прикрепляется плацента. Узнать это легко можно еще до вскрытия матки, обращая внимание на взаимное отношение маточных концов круглых связок, — если они сближены между собою, то это значит, что плацента сидит на задней стенке, если же удалены друг от друга, — на передней. Впрочем, если даже, вскрывая матку, оперирующий и попадает на место прикрепления плаценты, то большой беды в том нет.

Так как стенка беременной матки чрезвычайно богата сосудами, то естественно, что разрез ее при кесарском сечении сопровождается проливным кровотечением. Последнее бывает настолько сильно, что, если от начала разреза до опорожнения матки пройдет более значительное время, или после опорожнения матки не сократится, то оперируемой грозит опасность истечь кровью. Имея это в виду, акушеры стали производить данную операцию с предохранительным гемостазом в виде эластического жгута из резиновой трубки, накладываемого на матку и широкие связки на уровне шейки, — способ, предложенный *Клебером*, в Одессе, для миотомии. В прежнее время жгут этот накладывался на матку перед моментом разреза последней, и концы его прочно фиксировались толстой лигатурой, причем снятие его производилось не раньше, как опорожненная матка сократится. Однако с тех пор, как экспериментальные исследования *Столыпинского* показали, что более продолжительное стягивание жгутом при кесарском сече-

нии сопровождается неблагоприятными последствиями и для плода (асфиксия), и для матери (атония матки), применение его в указанной форме было оставлено. В настоящее время рекомендуется, наложив жгут, не завязывать его, а передавать концы трубки ассистенту с тем, чтобы он затянул жгут в самый момент разреза и немедленно распустил, лишь только матка будет опорожнена. Другие советуют совсем не употреблять жгута, а проводить предохранительный гемостаз в виде сдавливания широких связок руками ассистента.

После того, как стенка матки разрезана, оперирующий разрывает пузырь, извлекает ребенка, накладывает на плодовый конец пуповины фиксационный пинцет, перерезывает пупочный канатик и передает ребенка для первоначального ухода специально предназначенному для этого лицу, а сам извлекает из матки плаценту с оболочками. Разумеется, как разрез матки, так и опорожнение ее надобно производить по возможности быстро, чтобы больная не потеряла слишком много крови.

Обыкновенно, как только матка опорожнится, мускулатура ее сокращается, и кровотечение из раны резко уменьшается. Чтобы лучше гарантировать хорошее сокращение органа, оперирующему не мешает перед вскрытием матки поручить кому-либо из помощников ввести больной под кожу питуитрин, эрготин и т. п. средства. Затем оператор приступает к зашиванию маточной раны, для чего лучше всего употреблять кэтгут. Я обыкновенно зашиваю маточный разрез при кесарском сечении тремя этажами непрерывного кэтгутового шва: один, из более толстого кэтгута, кладется на глубокие слои миометрия, не захватывая, однако, отпадающей оболочки, другой, из такого же кэтгута, — на поверхностные слои миометрия, а третий, из более тонкого кэтгута, — на брюшинный покров матки. Другие советуют сшивать миометрий рядом узловатых кэтгутовых швов, причем последние опять-таки не должны захватывать отпадающей оболочки, а брюшину — непрерывным швом из более тонкого кэтгута. Третьи находят кэтгут для данной цели недостаточно прочным и употребляют для зашивания шелк и т. п.

В прежнее время [некоторые операторы совершенно не зашивали маточного разреза при кесарском сечении, опуская

опорожненную матку незашиито в брюшную полость. Само собою разумеется, такой образ действий не выдерживает ни малейшей критики. Напротив, при тщательном зашивании в дальнейшем должно иметь место полное *restitutio ad integrum* маточной стенки, ибо экспериментальные работы *Пьянкова*, *Кельбера* и др. свидетельствуют, что гладкомышечная ткань после ранений способна к регенерации. Если перенесшая кесарское сечение матка при дальнейших беременностях обнаруживает известное предрасположение к разрывам, то преимущественно или потому, что новая беременность наступила слишком рано, когда возрождение мышечной ткани еще не успело вполне совершиться, или потому, что сшивание миометрия было произведено недостаточно аккуратно, и брюшина или *decidua* завернулись между губами мышечной раны.

В подозрительных, в смысле инфекции, случаях *Феноменов* советует пред зашиванием матки рыхло выполнять ее полость полосой иодоформной марли, выводя концы ее в рукав, с целью дренирования. Однако, повидимому, в такой форме дренаж ведет лишь к задержке послеродовых очищений. Уж если применять при кесарском сечении дренаж, то, по моему, в виде достаточно толстой резиновой трубки, и то только там, где цервикальный канал и рукав являются недостаточно проходимыми.

Зашив маточную рану, оперирующий опускает матку в брюшную полость, производит туалет брюшины и обычным способом зашивает рану брюшных стенок. Послеоперационный уход за родильницей, перенесшей кесарское сечение, мало чем отличается от такового же после всякой лапаротомии.

Если кесарское сечение предпринято по поводу сужения таза, и пациентка выразила желание, ценою бесплодия, не подвергаться в дальнейшем ни повторению этой операции, ни краниотомии, ни операции искусственного выкидыша, то прежде, чем зашивать брюшную рану, оператор должен произвести „стерилизацию“ оперируемой, лучше всего — устраняя проходимость трубных каналов. Опыт показывает, что простой перевязки труб для этого недостаточно. *Писемский*

напр., описывает случай, где у женщины при операции кесарского сечения были перевязаны яйцепроводы, и тем не менее уже через 4 месяца после операции она вновь забеременела, причем, как показало микроскопическое исследование иссеченных при повторной операции труб, проходимость каналов последних оказалась вполне восстановившеюся. Чтобы добиться надежных результатов, надо прибегать к резекции труб, подбрюшинно иссекая куски их в 3—4 сант. длиною (*Зарецкий*).

В описанной выше форме кесарское сечение является в настоящее время операцией сравнительно безопасною для матери. *Побединский*, собрав сведения о 287 классических кесарских сечениях, произведенных в России в первые годы нынешнего столетия, вычислил смертность матерей при них в 6,6%. *Холмогоров*, имевший в своей практике к 1914 году 65 случаев классического кесарского сечения, потерял лишь 3 матерей. Надо при этом заметить, что в статистике как *Побединского*, так и *Холмогорова* входят и случаи, где кесарское сечение было производимо по поводу эклампсии и т. п. заболеваний, дающих высокий процент смертности независимо от операции. Из всех кесарских сечений, произведенных мною в акушерском отделении Казанской клиники, ни одно не имело смертельного исхода для матери. Еще более благоприятною является, при современных условиях, прогностика кесарского сечения для плода. Отсюда становится совершенно понятным, почему круг применения данной операции в современном акушерстве становится все шире и шире.

Берг. Должно ли производить кес. с. при тонических судорогах матки? Др. З. 1855. — *Берг*. О кес. сеч. в суд.-мед. отношении. М. В. 1863. — *Бредов*. Мат. для точн. установок показаний к кес. сеч. Дисс. СПб. 1866. — *Захаров*. К вопросу о заживлении ран матки. Дисс. СПб. 1871. — *Гуенбергер*. К вопросу о показаниях к кес. сеч. М. Вр. В. 1873—4. — *Рейн*. К вопросу о кес. сеч. М. В. 1876. — *Шмидт*. Крит. и эксп. исследования о мат. шве. Дисс. СПб. 1881. — *Лебедев*. Кес. сеч. или краниотомия на жив. плоде. Г. *Ботк*. 1886. — *Пьянков*. К вопросу о регенерации гипертр. гладкой мыш. ткани. Дисс. СПб. 1888. — *Сутуин*. К вопросу об условн. показании к кес. сеч. Вр. 1888. — *Замшин*. К вопросу о кес. сеч. при отн.

показании. Вр. 1888. Дисс. СПб. 1888. — *Перлис*. Дело д-ра мед. *Хаукелевича*, обвиняемого по 870 ст. Ул. о нак. Вр. 1888. — *Соловьев*. О показаниях к иск. зак. выкидышу и кес. сечению. Тр. М. А. О. 1889. — *Лебедев*. Кес. сечение или краниотомия на жив. плоде. Тр. О. Р. В. 1889. — *Столыпинский*. К вопр. о технике операции кес. сечения. Дисс. Каз. 1890. — *Отт*. Инструмент для фиксации резин. жгута. Ж. А. 1891. — *Ястребов*. О консерв. кес. сечении. Ж. А. 1891. — *Новицкий*. Совр. состояние вопроса о кес. сеч. при отн. показании. Вр. 1891. — *Иванов*. К технике операции консерв. кес. сеч. Ж. А. 1893. — *Кельбер*. К вопр. о регенерации мышц матки при ранениях ее. Дисс. СПб. 1897. — *Абраджанов*. К вопр. о кес. сеч. при отн. показ. Ж. А. 1899. — *Неелов*. К вопр. о кес. сеч. при отн. показании. Тр. Киев. А. О. 1900. — *Кузьмин*. Сравн. оценка случаев кес. сеч. и пр. Ж. А. 1902. — *Орлов*. К технике произв. повторного кес. сеч. Р. Вр. 1903. — *Рейн*. О расширении показаний к кес. сеч. I С. Р. А. — *Перлис*. 5 сл. кес. сеч. за 4½ мес. Ж. А. 1905. — *Холмогоров*. Кес. сеч. при отн. показаниях. Р. Вр. 1906. — *Зарецкий*. К вопр. о субсерозной резекции *F. труб*. Изв. В.-М. А. XVII. — *Потеенко*. Кес. сеч. при рубц. сужениях влагалища. Ж. А. 1908. — *Кривский*. К вопр. о повт. кес. сеч. Ж. А. 1908. — *Ярцев*. К вопр. о производстве стерилизации при кес. сеч. Отч. Вр. Г. 1909. — *Холмогоров*. Показания и условия для произв. кес. сеч. при узком тазе. Р. Вр. 1909. — *Нейштубе*. Обзор 11 сл. *sectio caesarea*. III С. Р. А. — *Ушков*. К вопр. об относ. показании к кес. сеч. М. Об. 1910. — *Холмогоров*. Еще 15 сл. класс. кес. сеч. Р. Вр. 1910. — *Холмогоров*. Разные способы кес. сеч. Отч. Р. Вр. 1910. — *Грамматикати*. Кес. сеч. при запущ. поп. положениях плода. Р. Вр. 1911. — *Муратов*. Неск. замечаний и пр. Ж. А. 1911. — *Побединский*. Успехи кес. сеч. в России за посл. 25 лет. Отч. А. Кл. М. У. 1909—1913. — *Холмогоров*. Еще 15 сл. класс. кес. сеч. Р. Вр. 1912. — *Губарев*. Совр. кес. сеч. и показания к нему. Ж. А. 1913. — *Новиков*. 16 сл. кес. сеч. Ж. А. 1913. — *Рахманов*. 30 сл. класс. кес. сеч. М. Об. 1913. — *Кипарский*. Хир. операции при узком тазе и пр. V С. Р. А. — *Холмогоров*. Еще 20 сл. класс. кес. сеч. Р. Вр. 1914. — *Иванов*. Дренаж матки после кес. сеч. Ж. А. 1914. — *Цветков*. К вопр. об относ. показ. к кес. сеч. Сиб. В. Г. 1914. — *Богданов*. 34 сл. кес. сеч. Ж. А. 1915. — *Михайлов*. О кес. сеч. с хир. точки зрения. Ж. А. 1916. — *Потеенко*. 14 кес. сеч. Ж. А. 1916. — *Скробанский*. К технике кес. с. Ж. А. 1916.

Казуистика: *Тольский*, М. М. Г., 1862; *Грубе*, Пр. Харьк. М. О., 1871; *Новицкий*, Вр. В., 1877; *Вейнбаум*, Вр., 1884;

Айзенштадт, Вр., 1886; *Данилович*, Ж. А., 1887; *Замшин*, там же; *Крассовский*, Ж. А., 1888; *Башков*, Вр., 1889; *Чернышев*, Пр. СПб. М. О., 1889; *Баландин*, Ж. А., 1890; *Сутугин*, Пр. СПб. М. О., 1890; *Отт*, Вр., 1891; *Матвеев*, Хир. Лет., 1891; *Федоров*, Ж. А., 1891; *Мазуркевич*, Ж. А., 1892; *Петров*, Вр., 1892; *Штраух*, Тр. М. О. Р. В., 1892; *Иванов*, Ж. А., 1893; *Гредингер*, Тр. М. А. О., 1894; *Губарев*, Мед. 1895; *Кузьмин*, М. Об., 1895; *Федоровская-Виридарская*, Ж. А., 1895; *Ширшов*, Вр., 1896; *Липинский*, Ж. А., 1896; *Мазуркевич*, там же; *Автандилов*, Пр. Кавк. М. О., 1896—7; *Иванов*, Тр. О. Киев. В., 1897; *Львов*, Вр., 1897; *Мандельштам*, Ж. А., 1897; *Оленин*, Пр. Тамб. М. О., 1897; *Писемский*, отч. Ж. А., 1897; *Закс*, Ж. А., 1898; *Киселев*, там же; *Рейн*, Пр. Киев. А. О. 1898; *Рено*, Тр. М. А. О., 1898; *Штраух*, Ж. А., 1898; *Кан*, Ж. А., 1899; *Львов*, Вр., 1899; *Успенский*, М. Об., 1900; *Столыпинский*, Ж. А., 1900; *Кривский*, Ж. А., 1904; *Орлов*, Р. Вр., 1904; *Коломенкин*, М. Об., 1906; *Кривский*, отч. Р. Вр., 1908; *Платонов*, Ж. А., 1909; *Тихов*, Ж. А., 1910; *Александров*, отч. Вр. Г., 1911; *Соколов*, Ж. А., 1913; *Кутасов*, Вр. Г., 1913; *Матвеев*, отч. Вр. Г., 1913.

Надлобковое кесарское сечение. Бросающиеся в глаза преимущества надлобкового поперечного разреза брюшных стенок по *Pfannenstiel*ю пред обыкновенным продольным, в смысле отсутствия послеоперационных грыж, меньшей опасности инфекции брюшной полости и пр., побудили современных акушеров подумать о том, нельзя ли пользоваться этим разрезом и при операции кесарского сечения. Это представлялось тем более желательным, что и вскрытие матки, при данной операции, не в верхнем сегменте, а в нижнем, гесп. в области шейки, обещало также свои выгоды: меньшую опасность кровотечения, вследствие меньшей васкуляризации данной области, более легкое зашивание сравнительно тонкой здесь стенки полового канала и пр. Так возникло надлобковое кесарское сечение — сначала в трансперитонеальной его форме.

Эта модификация кесарского сечения в общем может быть применяема в тех же случаях, по таким же показаниям и при таких же условиях, как и классическое кесарское сечение. Только в виду того, что при надлобковом кесарском сечении требуется более продолжительное время, чтобы добраться до плода, его не следует применять там, где с извлечением по-

следнего приходится спешить. Противопоказана эта разновидность кесарского сечения и там, где нижний сегмент сильно васкуляризирован, т. е. при *placenta praevia*, или в этой области имеются сращения (напр., после вагинофиксации) и т. п. Далее, что касается выбора времени для него, то надлобковое кесарское сечение удобнее производить тогда, когда растянутый нижний сегмент будет более резко дифференцирован от сокращающегося верхнего сегмента тела матки, т. е. в более поздних стадиях родового акта.

С технической стороны трансперитонеальное надлобковое кесарское сечение, как и классическая разновидность данной операции, может варьировать в отношении величины и направления проводимых при нем разрезов, извлечения плода и последа и пр. Опишу тот способ его производства, который мне представляется наиболее целесообразным.

Операция начинается типичным, слегка дугообразным поперечным разрезом, около 15 сант. длиною, проводимым по надлобковой складке живота. В этом направлении разрезаются кожа, подкожная клетчатка и фасция, которая затем частью тупым путем, частью (в области белой линии) при помощи ножниц отделяется от лежащих под нею прямых мышц — главным образом вверх, к пупку, и немного вниз —

к лобку. Отслоенный выше линии разреза листок фасции или захватывается зажимом и отвертывается одним из ассистентов кверху, или пристегивается к коже при помощи скобки *Michel'*я; то же самое можно сделать и с нижней частью фасции, а прямые

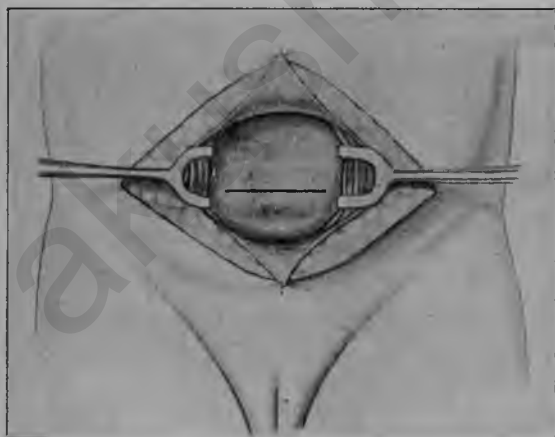


Рис. 705. Трансперитонеальное надлобковое кесарское сечение, вскрытие брюшины (по Hammerslag'у).

мышцы с обеих сторон сильно оттягиваются тупыми крючками или зеркала *Doyen*'а. Между разведенными таким образом мышцами открываются тогда — внизу экстраперитонеально лежащая часть мочевого пузыря, граница которой обыкновенно заметна для глаза в виде поперечной складки, а внизу — париетальная брюшина с подбрюшинной клетчаткой. Оперирующий вскрывает брюшину опять-таки в поперечном направлении, приблизительно на палец выше пузырной складки. Проникши при этом в *excavatio-vesico-uterina*, он достигает нижнего сегмента маточного тела, границу которого с верхним сегментом можно определить по тому признаку, что покрывающая первый висцеральная брюшина легко захватывается в складку, тогда как в области верхнего сегмента она интимно спаяна с подлежащим миометрием. Немного ниже этой границы висцеральный листок брюшины перерезывается поперек и сшивается выше надреза с соответствующим париетальным листком несколькими узловатыми швами, благодаря чему оператор может далее работать экстраперитонеально, — именно, он тупым путем отсепаровывает висцеральную брюшину книзу от места надреза, насколько возможно, глубже в таз и, обнажив таким образом стенку нижнего сегмента, вскрывает последний в продольном направлении. Следующим моментом операции является извлечение плода, которое производится или руками, или, — конечно, при головных предлежаниях, при помощи щипцов; что касается последа, то его лучше всего, выждав отделения плаценты, выжать по *Credé*; если же отслойка плаценты затяги-

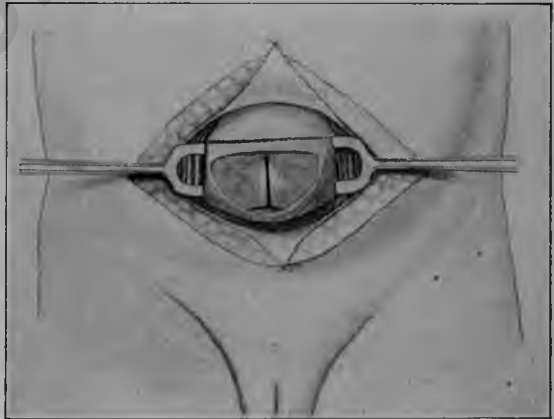


Рис. 706. Надлобковое трансперитонеальное кесарское сечение, разрез нижнего маточного сегмента (по *Hammerschlag*'у).



Рис. 707. Надлобковое кесарское сечение, извлечение плода.

вается, то как ее, так и оболочки приходится удалять внутренними приемами. В заключение производится послойное зашивание как маточной, так и брюшностеночной раны, причем, в виду тонкости маточной стенки в области нижнего сегмента, ее можно сшивать лишь двумя этажами непрерывного кэгуттового шва, — один этаж, из более толстого кэгутта, кладется на миометрий, не захватывая отпадающей оболочки, другой, из более тонкого материала, — на брюшину.

Некоторые авторы высказывают мнение, что, так как маточная стенка в области нижнего сегмента тоньше, чем в области верхнего сегмента, и рубец после зашивания получается менее мощный, то женщинам, перенесшим надлобковое кесарское сечение, при дальнейших беременностях разрыв матки грозит в большей степени, чем женщинам, оперированным по классическому способу. Однако опасение это не отвечает тому, что мы знаем о способности гладкомышечной ткани к полной регенерации. Не оправдывается оно и имеющимися пока наблюдениями. Во всяком случае справедливость его может быть выяснена лишь тогда, когда в нашем распоряжении будут более многочисленные данные относительно течения беременности и родов после надлобкового кесарского сечения, чем какими мы располагаем в настоящее время.

Кан. Кесарское сечение цервикальным разрезом. Ж.А. 1909.

Внебрюшинное кесарское сечение. Уже при описанной сейчас технике кесарское сечение выполняется, как мы видели,

в сущности экстраперитонеально. Не довольствуясь этим, представители современного акушерства пытались придумать такой способ данной операции, при котором бы брюшина оставалась совершенно не вскрытою. Наилучшим образом задача эта была решена *Latzko*, предложенный которым способ внебрюшинного кесарского сечения состоит, в главных чертах, в следующем:

После того, как мочевого пузыря роженицы будет наполнен 150 куб. сант. жидкости, оператор достигает экстраперитонеально лежащей части его и нижнего конца париетальной брюшины или чрез

поперечный разрез брюшной стенки по *Pfannenstiel*'ю, или, еще лучше, продольным разрезом, проводимым по *l. alba* от пупка до верхнего края симфиза. Затем обе прямые мышцы живота и *mm. pyramidales* оттягиваются широкими

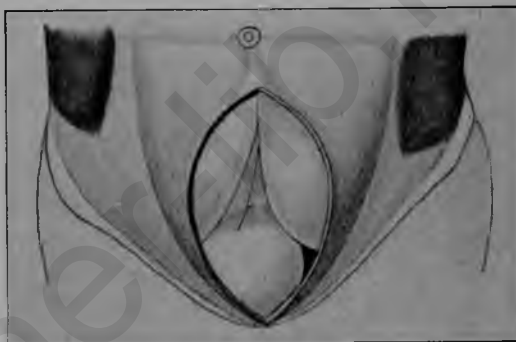


Рис. 708. Внебрюшинное кесарское сечение по *Latzko*.

После разведения прямых мышц справа видна внебрюшинная часть наполненного мочевого пузыря.

крючками в стороны, перерезывается лежащая под брюшиной *lig. vesico-umbilicale sinistrum*, и пузырь тупым путем отсепаровывается от маточной шейки но направлению слева направо и книзу, а брюшина от нижнего сегмента тела матки — вверх. Когда потом отсепарованный пузырь будет отведен зеркалом вправо, а брюшина — вверх, то перед глазами оперирующего открывается значительная часть стенки нижнего сегмента и шейки, которая и рассекается продольно. Через сделанное отверстие акушер извлекает сначала ребенка, затем послед так же, как это выше было указано при описании надлобкового кесарского сечения, и в заключение зашивает рану матки и передней брюшной стенки или наглухо, или же, если случай подозрителен в смысле инфекции, — лишь частично, проведя дренаж в матку и подбрюшинную клетчатку.

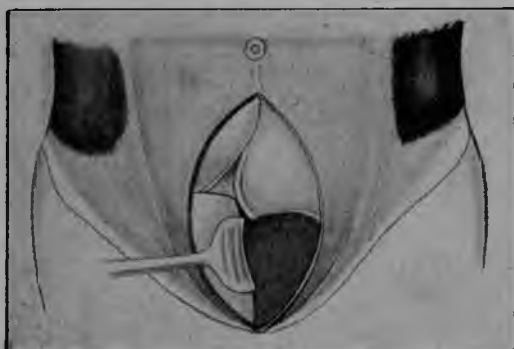


Рис. 709. Внебрюшинное кесарское сечение по Latzko. Мочевой пузырь отведен вправо. Lig. vesico umbilicale sin. перерезана. Слева видна свободная от брюшины стенка нижнего сегмента маточного тела.

Разумеется, чем более растянут у роженицы нижний сегмент, тем большая поверхность его стенки открывается для оператора при внебрюшинном кесарском сечении. Поэтому данную модификацию особенно рекомендуется производить тогда, когда

граница между верхним и нижним сегментами, кольцо сокращения, стоит уже высоко. Главное преимущество внебрюшинного кесарского сечения пред всеми трансперитонеальными видами данной операции многие усматривают в том, что его можно производить, не рискуя инфицировать брюшину, и в „грязных“ случаях. Однако является еще вопросом, что лучше противостоит инфекции, — брюшина или клетчатка. Во всяком случае при несомненно зараженной матке лучше воздерживаться и от этой формы консервативного кесарского сечения, а в подозрительных случаях лучше производить операцию *Latzko* с продольным разрезом брюшных стенок, дабы иметь менее сложную и более удобную для дренирования рану.

Давыдов. Повт. кес. сечение по надлобк. внебрюш. способу. Р. Вр. 1909. — *Личкус*. Совр. положение вопроса о надлонном (внебр.) кес. сечении. Ж. А. 1900. — *Холмогоров*. Внебр. кес. сечение по *Latzko*. Ж. А. 1910. — *Потеенко*. Ж. А. 1911. — *Новиков*. Сл. надл. внебр. кес. сечения при узком тазе. М. Об. 1911. — *Безебек*. 2 сл. внебр. кес. сечения. Отч. М. А. О. 1911. — *Личкус*. К вопросу о течении берем. и родов после внебр. кес. сечения. Отч. Ж. А. 1912. — *Варасова*. Опыт прим. класс. и внебр. кес. сечения в земской практике. Нов. М. 1912. — *Севрюгов*. 2 надлобк. сечения. Ж. А. 1912. — *Бродский*. Внебр. кес. сечение по *Latzko*. Ж. А. 1915.

Операция Porro и экстирпация опорожненной беременной матки. Как уже упомянуто было выше, в доантисептическое

время классическое кесарское сечение было почти абсолютно смертельной операцией. Прогностика его была настолько безотраднa, что многие видные представители тогдашнего акушерства считали преступлением предпринимать его на живых, приравнивая эту операцию к убийству. Оперированные гибли или от „родильной горячки“, очагом которой считали, — и для многих случаев, как мы знаем теперь, не без основания, — оставляемую матку, или от последовательных атонических кровотечений, которые прежде наблюдались гораздо чаще, чем теперь, — отчасти вследствие несовершенств оперативной техники, главным же образом в связи с той же септической инфекцией матки. Отсюда понятно то горячее сочувствие, с каким было принято сделанное в 1876 году *Porro*, в Павии, предложение производить кесарское сечение по способу, гарантировавшему больных и от оставления у них очага заразы, и от последовательных кровотечений. И действительно, операция *Porro*, сущность которой заключалась в ампутации опорожненной беременной матки с последующим вшиванием стянутой эластическим жгутом, экразером и т. п. шейки в нижний угол брюшной раны, дала на практике гораздо лучшие результаты, чем классическое кесарское сечение, и быстро приобрела себе многочисленных сторонников, между прочим и у нас в России. Одно время, казалось, она совершенно вытеснит классическое кесарское сечение, и лишь успехи асептики вернули последнему его законное место.

В настоящее время применение операции *Porro* ограничивается лишь, сравнительно, узким кругом случаев, а именно, она применяется взамен классического кесарского сечения 1) в случаях септического эндометрита при живом плоде, 2) в случаях полной атрезии родового канала, обуславливающей невозможность оттока лохий, 3) в случаях, где наряду с кесарским сечением требуется и удаление яичников (напр., при остеомалации, при злокачественных опухолях яичников и пр.), 4) в случаях множественного миоматоза маточного тела, 5) в случаях поражения шейки неоперабельным раком и, наконец, 6) в случаях, где консервативное кесарское сечение сопровождается проливным атоническим кровотечением, не поддающимся никаким другим мерам.

Относительно первого из этих показаний надо заметить, что несомненный сепсис матки имеет место обычно при мертвом плоде, а в подобных случаях гораздо выгоднее для больных удалять матку без предварительного опорожнения, относительно же таких показаний, как наличие у больных неоперабельного рака шейки, остеомалация и пр., — что здесь операция *Porro* предпринимается в виду ее сравнительной легкости и, если так можно выразиться, ненужности тела матки для больных.

Что касается техники операции *Porro*, то она представляет существенную разницу в зависимости от того, применяется при ней внебрюшинный или т. наз. ретроперитонеальный уход за маточной культей. При первой разновидности оперирующий, вскрыв полость живота и выкатив матку наружу, первым делом тщательно сшивает брюшину в области разреза, подшивая ее, в нижнем углу раны к периферии маточной шейки. Лишь после этого матка вскрывается и опоражнивается. Затем на шейку накладывается эластический жгут из резиновой трубки, матка срезывается выше жгута, канал шейки и поверхность среза прижигаются термокаутером, и культя фиксируется в нижнем углу брюшного разреза частью швами, частью при помощи двух длинных прямых игол, которыми культя прокалывается крест-на-крест; иглы эти, лежа своими концами на наружной поверхности брюшной стенки, с одной стороны мешают жгуту соскользнуть, с другой — не позволяют культе уйти в брюшную полость. В заключение оператор окончательно зашивает брюшной разрез. В описанной модификации, похожей на первоначальную, предложенную самим *Porro*, разбираемая операция производится в тех случаях, где полость матки и ее содержимое септически инфицированы.

При ретроперитонеальном уходе за культей операция *Porro* в общем производится так же, как в настоящее время гинекологами производится т. наз. типичная миомтомия (надвлагалищная ампутация миоматозной матки); только первоначально маточное тело опоражнивается от своего содержимого. В этом виде данная операция применяется по всем другим показаниям кроме септического эндометрита. Яичники при ней или оставляются,

или удаляются вместе с маточным телом в зависимости от особенностей каждого данного случая, — при остеомалации, напр., они удаляются, при миоматозе матки и т. п. — оставляются.

Если мы имеем дело с роженицей или беременной, — конечно, в один из трех последних месяцев беременности, — у которой шейка матки поражена раком в операбельной стадии, то, извлекая ребенка, производим затем полную экстирпацию матки в современном ее виде, т. е. с предварительной изолировкой мочеточников, перевязкой маточных артерий у места их отхождения, удалением лимфатических желез и возможно большего количества тазовой клетчатки и т. д. Благодаря присущей беременным рыхлости тканей, выполнение этой операции здесь является даже более легким, чем обыкновенно. Экстирпацию вместо операции *Porro* лучше производить и в тех случаях, где *portio vaginalis* обезображена разрывами, рубцами, и т. п., или шейка поражена доброкачественными опухолями (миомами), причем, конечно, здесь нет нужды выполнять ее с теми особенностями, какие характеризуют расширенную абдоминальную экстирпацию при раке.

Рейн. К вопросу о кес. сечении. М. В. 1876. — *Рейн.* О замене кесарского сечения вырезыванием бер. матки. Пр. О. Р. В. 1878-9. — *Рейн.* Кес. сечение или вырезывание бер. матки? Г. *Ботк.* 1881. — *Славянский.* Операция *Porro* при разрыве матки. Вр. 1885. — *Отт.* Кес. сечение по сп. *Porro* и пр. Вр. 1888. — *Сутушин.* Значение сп. *Porro* и желат. улучшения его. М. Об. 1888. — *Павлов.* К вопросу о выборе между конс. кес. сечением и оп. *Porro*. Ж. А. 1897.

Казуистика: *Львов*, Вр., 1881; *Ясинский*, Харьк., 1885; *Башкиров*, Ж. А., 1887; *Миллер*, Ж. А., 1887; *Поршняков*, Ж. А., 1888; *Соловьев*, там же; *Штоль*, Пр. СПб. М. О., 1888; *Сутушин*, Лет. М. Хир. О., 1889; *Петров*, Вр., 1892; *Лезин*, Вр., 1896; *Побединский*, Тр. М. А. О., 1896.

Кесарское сечение на мертвой и умирающей. Кроме живых, операция кесарского сечения, в классической ее форме, производится и на мертвых. Собственно для извлечения живого ребенка из утробы умершей матери она и была, как мы видели, первоначально предназначена. „*Negat lex regia mulierem, quae praegnans mortua sit, humari, antequam partus ei excidatur; qui*

contra fecerit, spem animantis cum gravida permisse videtur“, — находим мы в пандектах. Этот *lex regia* вошел и во все позднейшие европейские законодательства, создавшиеся, как известно, под сильным влиянием римского права. Так, русский закон гласит: „Ко вскрытию мертвого тела ни в каком случае не должно приступать прежде истечения 24 часов после смерти, исключая только, когда беременная женщина на второй половине своей беременности скоропостижно умерла, ибо в этом случае, для спасения плода и окрещения оно, должно произвести кесарское сечение, со всеми предосторожностями, какие при сем обыкновенно наблюдаются на живых“.

Как ясно для всякого, понимающего дело, редакция этого закона с научной точки зрения оставляет желать очень многого. Закон требует, чтобы кесарское сечение *post mortem* производилось в течение всей второй половины беременности, хотя бы это было лишь самое начало 6 месяца; между тем мы знаем, что плод является жизнеспособным лишь в том случае, если утробное развитие его продолжалось никак не меньше 6 полных лунных месяцев. Далее, приведенный закон ограничивает круг применения кесарского сечения *post mortem* лишь случаями „соропостижной“ смерти; выходит как будто, что, если женщина, положим, на 10 месяце беременности умерла несоропостижно, то, хотя бы ребенок в момент ее смерти был несомненно жив, врач вправе не принимать никаких мер к его спасению. Наконец, закон совершенно не говорит, в течение какого промежутка с момента смерти беременной должно быть производимо кесарское сечение. Между тем наблюдения показывают, что уже по истечении 10, максимум 12—15 минут после смерти матери утробный плод оказывается или мертвым, или находящимся в такой глубокой асфиксии, из которой он не может быть оживлен. Опыты *Горевского*, произведенные на беременных собаках, кошках и кроличихах, привели автора к выводу, что в течение первых 6 минут после смерти матери утробный плод жив и здоров, следующие 4 минуты находится в легкой асфиксии, еще $\frac{1}{4}$ часа в сильной асфиксии, а через 26 минут всегда мертв.

В виду всего сказанного в среде акушеров уже неоднократно поднимался вопрос о необходимости изменить редакцию закона,

приведа его в большее соответствие с данными, добытыми наукой. Не так давно СПб. Акушерско-Гинекологическим Обществом была образована для этого специальная комиссия, которая признала желательным, чтобы производство кесарского сечения на мертвых было ограничено лишь теми случаями, где смерть беременных последовала позднее 24-й недели, и где с момента ее прошло не более 20 минут.

Необходимо еще принять во внимание, что момент смерти, т. е. прекращения всех жизненных функций организма, чрезвычайно трудно определить с полною точностью, и что смерти обыкновенно предшествует более или менее продолжительная агония, в течение которой важнейшие жизненные отправления, — кровообращение, дыхание и пр., — совершаются неправильно, а это у беременной не может не отразиться на состоянии утробного плода. В значительной мере благодаря именно указанному обстоятельству, вероятно, кесарское сечение на мертвой ранее и давало очень печальные результаты в смысле спасения жизни ребенка. По статистике *Горецкого*, относящейся к 1877 г., из 379 случаев кесарского сечения на мертвых лишь в 5 извлеченный ребенок остался в живых. *Сутуин*, в 1889 г., определяет число извлеченных живыми детей при этой операции лишь в 9 %. Впрочем новейшие авторы сообщают о гораздо более благоприятных результатах кесарского сечения на мертвых: по *Китнеру*, напр., из 44 случаев данной операции, относящихся к 1904—1913 гг., живые дети были извлечены в 30 (68,2 %); *Гальман* также определяет это число у современных авторов в 65,63 %.

Во всяком случае, раз дело идет о спасении жизни утробного плода после смерти матери, врач должен по возможности спешить со своим вмешательством. С этой точки зрения наиболее рациональным способом кесарского сечения на мертвой безусловно является классический. С другой стороны, однако, в виду возможности для врача ошибиться в определении смерти, операция должна быть производима, как того требует и закон, с соблюдением тех же правил, какие имеют место при выполнении кесарского сечения на живых; особенно это касается тех моментов операции, которые следуют за извлечением плода, — зашивания раны матки и брюшных стенок.

Мало утешительные результаты, получавшиеся в прежнее время при кесарском сечении на мертвых, заставили многих представителей акушерской науки придти к мысли, не рациональнее ли будет в тех случаях, где нет сомнения, что беременная в ближайшем времени должна умереть, не разрешившись, не дожидаться момента смерти, а производить кесарское сечение несколько раньше, во время агонии. К мысли этой в принципе нельзя не отнестись сочувственно, но только осуществление ее на практике должно быть обставлено рядом условий: 1) неизбежность близкой смерти беременной должна быть несомненна; 2) плод в момент операции должен быть жив и жизнеспособен; 3) операцию надо производить с соблюдением всех правил, какие требуется выполнять при кесарском сечении на живых; наконец, 4) нужно иметь на нее согласие, если не самой беременной, то ее ближайших родственников, которым должно быть точно выяснено положение дела.

Павлов. О кес. сечении на мертвых. Дисс. СПб. 1864. — *Зейдлер.* О кес. сеч. на мертвых. Арх. С. М. 1870. — *Горецкий.* К вопр. о продолжительности внутриутр. жизни плода после смерти матери. Дисс. СПб. 1874. — *Сутугин.* О законоположениях относ. производства кес. сечения на мертвой. III *Пир.* С. Отч. Вр. 1889. — *Китнер.* Кес. сечение на мертвой и умирающей. Ж. А. 1913. — Доклад Комиссии по вопр. о кес. сеч. на мертвых в СПб. Ак.-Гин. Общ. Ж. А. 1913. — *Гельман.* К вопр. о кес. сечении на мертвой Сб. *Поб.* Казуистика: *Пономарев*, Пр. Харьк. М. О., 1871; *Дашкевич*, Пр. Киев. А. О., XII; *Бурдзинский*, Ж. А., 1903; *Кривский*, отч. Р. Вр., 1904; *Калмыков*, Ж. А., 1909; *Хатунцев*, отч. Р. *Калмыков*, Вр. Г., 1912; *Копп*, Р. Вр., 1912.

VII. Патология послеродового периода.

А. Инфекционные заболевания женского полового аппарата.

а) Пуэрперальные болезни в тесном смысле слова.

Сущность и частота этих болезней. Подобно беременным и родильницы могут заболевать всевозможными болезнями. Для врача-акушера, однако, наибольший интерес представляют те из этих заболеваний, которые особенно свойственны пуэрперальному периоду, возникая на почве присущих последнему особенностей организма женщины. На первом плане, по своей частоте и практическому значению, стоят здесь инфекционные болезни, являющиеся обычно результатом заражения ран и известные в медицине под общим названием раневого сепсиса.

Как мы уже видели из данных физиологии послеродового периода, всякая родильница в первые дни после родов может быть рассматриваема, как раненая. Прежде всего вся внутренняя поверхность тела матки у ней, будучи лишена покровного эпителия и покрыта лишь глубоким слоем отпадающей оболочки, — слоем, который физиологически потом в значительной степени омертвевает и отторгается, — представляет собою ничто иное, как сплошную рану. Кроме того и остальные отделы полового канала, — шейка, рукав и половая щель, — вскоре после родов представляют обыкновенно много надрывов, трещин и т. п. нарушений целостности, частью заметных уже для простого глаза, частью незаметных. Все эти послеродовые ранения могут служить воротами, чрез которые сначала в ткани стенок полового канала, а затем и во весь организм родильницы могут поступать с одной стороны сами возбудители сепсиса, с другой — вырабатываемые ими ядовитые вещества. Отсюда становится понятным, почему возникающие на этой почве заболевания встречаются у родильниц чрезвычайно часто, — настоль-

ко часто, что в акушерстве принято даже самое название „послеродовые болезни“ усвоить по преимуществу болезням данной категории. Другое название, под которым издавна были известны эти болезни, в виду свойственной им сильной температурной реакции организма, — „родильная лихорадка“ (*febris puerperalis*) или „родильная горячка“, — присваивается в настоящее время главным образом тяжелым формам послеродового сепсиса.

Еще недалеко от нас то время, когда незнакомство с сущностью родильной горячки и способами ее распространения, а отсюда — и с мерами борьбы с нею, делало ее настоящим бичем, уносившим в могилу десятки и сотни тысяч женщин в самых цветущих летах. Особенно свирепствовал этот бич в родовспомогательных учреждениях и с наибольшею силою — в тех из них, которые служили для учебных целей (акушерские клиники). Так, в акушерском отделении клиники *Вилье*, в Петрограде, в 70-х годах прошлого столетия валовая заболеваемость родильниц пуэрпериальными болезнями доходила в некоторые годы до 65⁰/₀, а смертность от родильной горячки превышала 10⁰/₀, хотя помещение и содержание родильниц не оставляли здесь желать, по тому времени, ничего лучшего. По данным, имеющимся у *Крассового*, в Петроградском Родовспомогательном Заведении общая заболеваемость родильниц равнялась в 1878 г. 46⁰/₀, а смертность в 1873 г. — 6,1⁰/₀. И эти ужасающие цифры заболеваемости и смертности вовсе не представляли чего-либо необыкновенного, наблюдавшегося только у нас в России, — на Западе дело обстояло не лучше, а местами, особенно в несколько более ранние годы, еще хуже: в Венском родильном доме, напр., в 1842 г. из 3287 разрешившихся погибло от родильной горячки 518, в Берлинской клинике *Charité*, по данным *Velde*, в 1859-60 гг. валовая смертность родильниц достигала 16,71⁰/₀ и т. п.

Тщетно лучшие представители акушерской науки истощали свои силы в борьбе с губительною болезнью. Тщетно, в случае появления в родильных домах и клиниках родильной горячки, принимались самые энергичные меры, чтобы остановить ее распространение, — больные изолировались, тюфяки после них сжигались, палаты обеззараживались, белье больных

уничтожалось или вымораживалось и пр.; все эти меры не мешали родильной горячке свирепствовать с ужасающею силой, так как истинная натура ее продолжала оставаться загадочной, и главный способ распространения — неизвестным.

Наконец, явился человек, который сбросил покров таинственности, скрывавший лицо страшного врага родильниц, вывел его на свет и при этом свете указал верные средства борьбы с ним. Этот человек, которого совершенно справедливо называют *Johann'ом Huss'ом* современного учения о заразных болезнях, и который может быть поставлен в ряду величайших благодетелей человечества, был Пештский профессор *Ignaz Philipp Semmelweiss*. Он доказал, что родильная горячка представляет собою результат проникновения в организм родильницы органического заразного начала, чрезвычайно легко заносимого в половые пути рожениц и родильниц руками исследующих или оперирующих и инструментами. Введенные им меры примитивного обеззараживания рук перед акушерским исследованием (хлорною водой) сразу же значительно понизили процент заболеваемости и смертности от родильной горячки. Тем не менее идеи *Semmelweiss'a* довольно долго не могли укорениться в сознании акушеров, со стороны многих они встретили даже нападки и глумления, и лишь с тех пор, как *Lister* открыл эру антисептической хирургии, а *Pasteur* поставил учение о болезнетворных микроорганизмах на прочную почву, все противники *Semmelweiss'a* должны были мало-по-малу замолкнуть.

Когда выяснена была сущность родильной горячки, стало сравнительно легко найти и меры парализовать ее губительную силу. Первоначально, впрочем, акушеры, как и хирурги, стали при этом на не совсем правильную дорогу: придавая сравнительно мало значения профилактике, они пытались, главным образом, уничтожать возбудителей послеродовых болезней бактерицидными веществами уже после того, как те проникли в половые пути родильниц (период лечебной антисептики в акушерстве). Скоро, однако, представители акушерской науки поняли, что этот путь борьбы с заразными началами и бесплоден, и опасен: бесплоден потому, что, находясь уже в организме, болезнетворные бактерии мало доступны для антисептических средств, опасен — потому, что средства эти, будучи вводимы в организм, явля-

ются ядовитыми не только для микробов, но и для самого организма. Гораздо более верным и безопасным представлялось — убивать возбудителей послеродового сепсиса до их внедрения в организм рожениц и родильниц, не допускать их до проникновения в половые пути последних, подвергая тщательному обеззараживанию все, что может придти в соприкосновение с этими путями, особенно руки исследующих и оперирующих, акушерские инструменты и т. п., и пользуясь для этого как химическими агентами, так и физическими. Так создались профилактическая антисептика и асептика, которые и царят теперь в акушерской практике.

Введение рациональной профилактики пуэрперальных заболеваний громадно понизило как заболеваемость, так и особенно смертность от них в родовспомогательных учреждениях. В настоящее время в благоустроенных учреждениях этого рода смертность от родильной горячки определяется немногими десятками процента, а иногда и того меньше. Так, в акушерском отделении Казанской акушерско-гинекологической клиники из 3644 родильниц, разрешившихся здесь за время с 1900—1901 по 1914—1915 уч. гг., умерла от родильной горячки лишь одна. В частной практике, однако, случаи родильной горячки со смертельными исходами и в настоящее время наблюдаются, повидимому, чаще. Значительно слабее сказались успехи профилактики на заболеваемости пуэрперальными болезнями: даже в самых благоустроенных родовспомогательных учреждениях она и теперь достигает 10—15%. Если в некоторых отчетах указанный процент определяется гораздо ниже, то это объясняется обыкновенно тем, что авторы принимают во внимание лишь случаи послеродовых заболеваний с ясно выраженной локализацией. Число подобных случаев в современных родовспомогательных заведениях действительно не так велико, — в Казанской клинике, напр., за указанные выше годы оно равнялось 3,5% общего числа родов. Насчет септической инфекции должны быть, однако, с значительною вероятностью отнесимы и те лихорадочные повышения температуры в послеродовом периоде, где ясной локализации болезненного процесса подметить не удастся (число таких случаев в Казанской клинике за указанное время доходило до 6,2%).

Таким образом и в наше время пуэрперальные болезни в тесном смысле этого слова не составляют редкости, продолжая численно занимать первое место среди заболеваний родильниц. Заслуживает внимания при этом, что за последние годы число их не обнаруживает наклонности к понижению, какие бы усовершенствования в асептику родов ни вводились. Так, между прочим, введение в некоторых современных родовспомогательных учреждениях обязательного употребления стерильных резиновых перчаток при исследовании рожениц и операциях над ними не отразилось существенно на проценте пуэрперальных заболеваний в этих учреждениях, хотя при этой мере опасность занесения заразы с руками, казалось бы, должна быть совершенно исключена. Факт этот может быть объяснен лишь тем, что в происхождении септических заболеваний родильниц значительную роль играет самозаражение (понимаемое в широком смысле слова).

Найденев. О вентиляции в акуш. клиниках. М. М. Г. 1866. — *Флоринский.* О смертности родильниц в г. СПб. и в уездах СПб. губ. Пр. О. Р. В. 1872-73. — *Штольц.* СПб. гор. родильные приюты. Дисс. СПб. 1876. — *Котовщиков.* Статистика родов и смертности от них по городам и селениям Каз. губ. Уч. Зап. Каз. Ун. 1879. — *Муратов.* Мат. для акуш. статистики г. Москвы. Дисс. СПб. 1879. — *Котовщиков.* О смертности рожениц и родильниц. Дисс. СПб. 1880. — *Снегирев, Добронравов и Сыромятников.* Предупреждение послерод. заболеваний. Тр. Ф.-М. О. в М. 1882. — *Кистер.* О мерах к уменьшению заболеваний послерод. горячкой. Тр. М. О. Р. В. 1883. — *Сутугин.* Предохранение род. горячки. Вр. 1883. — *Добронравов.* Lister'овские принципы в прим. к акушерству. Вр. 1884. — *Тарновский.* Из обл. послерод. профилактики. Вр. 1884. — *Балин.* К вопр. о предупр. род. горячки в частной практике. Вр. 1885. — *Беляев.* Этюд разбора сан. состояния СПб. Род. З. Дисс. СПб. 1885. — *Икавитц.* К стат. смертности от род. горячки в род. домах. Пр. Тамб. М. О. 1886. — *Артемьев.* Профилактика послерод. заболеваний. Н. Б. 1886. — *Рейн.* Великая реформа в совр. акушерстве и хирургии. Киев. Ун. Изв. 1886. — *Соловьев.* Об антисептике в акушерстве. Тр. Ф.-М. Общ. в М. 1886. — *Финкельштейн.* К сост. вопр. о профилактике пуэрп. заражения. Пр. О. Од. В. 1885. — *Сутугин.* О прим. противогнил. мер при родах в госпиталях и частн. практике. Вр. 1886. — *Хазан.* Антисептика в частн. ак. практике. Ж. А. 1887. —

Соловьев. К вопр. об антисептике в акушерстве. Тр. М. А. О. 1887. — *Якуб.* Забол. и смертность в род. учреждениях Евр. России за пер. времени с 1875 по 1885 г. Вр. 1887. — *Биддер.* Неск. крит. зам. о значении сравн. статистики забол. и смертности в род. учреждениях. Вр. 1887. — *Недородов.* Стат. о заболеваемости ж. пол. сферы после посл. родов. Отч. *Иноевса.* 1889. — *Славянский.* Антисептика род. учреждений в России. Ж. А. 1890. — *Котелянский.* Об антисептике в род. и послерод. периодах. М. Об. 1891. — *Писемский* и *Яхонтов.* К вопр. о прим. безгнилостного способа при родах. Пр. Киев. А. О. V. — *Артемьев.* К вопр. об антисептике в акушерстве. Р. М. 1892. — *Кох.* Необх. ли проф. рукавные спринцевания до и после родов. Еж. 1895. — *Михин.* К вопр. об антисептике родов. Дисс. Харьк. 1895. — *Оленин.* О прим. формалина в ак. Пр. Тамб. М. О. 1896. — *Баскин.* К вопр. о послерод. забол. Сб. СПб. Род. З. V. — *Вьодский.* Профилактика род. горячки. Пр. Вил. М. О. 1899. — *Мацевский.* К вопр. о септ. послер. заболеваниях пол. аппарата. Ж. А. 1899. — *Грюнин.* Стат. мат. по вопр. о предупр. послер. заболеваний. СПб. Дисс. 1900. — *Бондарев.* Кр. очерк развития учения о род. горячке. Ж. А. 1903. — *Воробейчиков.* Послер. септ. заболевания в Харьк. кл. и способы их лечения. Ж. А. 1904.

Этиология и патогенез. Так как пуэрперальные болезни представляют собою ничто иное, как раневой сепсис, то и возбудителями их являются те же микробы, которые обуславливают заражение всякой раны. По биологическим свойствам и характеру болезнетворного воздействия среди них обычно различают две группы: к первой относятся те септические микробы, которые способны внедряться в живые ткани и здесь размножаться, обуславливая таким образом инфекцию, заражение организма в собственном смысле этого слова; другие возбудители пуэрперального сепсиса нуждаются для своей жизнедеятельности в мертвых средах, которых, кстати сказать, в послеродовой матке всегда имеется достаточное количество (омертвевший слой deciduae, лохии, иногда задержавшиеся части плаценты и плодовых оболочек); размножаясь в них, микробы этой категории вырабатывают ядовитые вещества, которые, всасываясь, обуславливают интоксикацию организма. Микробы последней группы, сапрофиты, принадлежат большею частью к числу анаэробов, микробы же первой категории, паразиты в тесном смысле слова, — к числу аэробов.

Резкой разницы между этими двумя категориями возбудителей пуэрперального сепсиса проводить, однако, нельзя. С одной стороны во многих случаях пуэрперальные заболевания являются результатом совместного болезнетворного воздействия микробов, принадлежащих к обеим указанным категориям, — напр., при гнилостном эндометрите в матке могут находиться и микробы, инфицирующие живые ткани, и микробы, живущие в мертвых средах. С другой стороны некоторые сапрофиты могут, по-видимому, при благоприятных для того условиях внедряться и в живые ткани, обуславливая инфекцию организма. Обстоятельство это не лишено, как мы увидим ниже, важного практического значения в деле терапии послеродовых болезней.

Среди первой категории возбудителей пуэрперального сепсиса наиболее значительную роль играют т. наз. гное-родные кокки и прежде всего — цепакокк (*streptococcus pyogenes*). По *Ильину* 86% всех пуэрперальных заболеваний — стрептококкового происхождения. При этом, — что особенно важно, — наиболее тяжелые формы данных заболеваний, родиль-

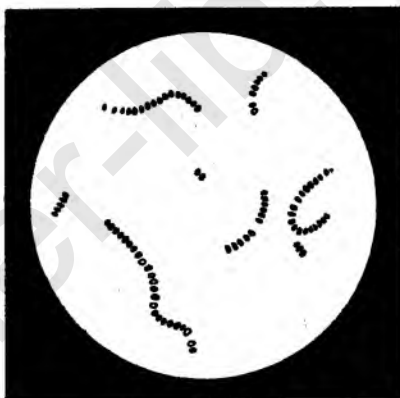


Рис. 710. Чистая разведка пуэрперального стрептококка в бульоне (по Fromme).

ная горячка в тесном смысле слова, бывают обязаны своим происхождением именно стрептококку.

До сих пор еще не выяснено окончательно, в каком отношении стоит стрептококк, встречающийся при пуэрперальных септических заболеваниях, к стрептококку, вызывающему рожу, скарлатину и т. п. болезни. Некоторые исследователи склонны смотреть на них, как на различные виды, другие же, — и притом большинство, — держатся на этот счет унитарной точки зрения, полагая, что, напр., рожистый стрептококк, будучи занесен в половые пути родильницы, дает точно такое же заболевание, как и strepto-

coccus ruogenes. Еще большие разногласия вызывает вопрос об отношении гноеродного цепекокка к тем стрептококкам, которые нередко встречаются в рукаве даже у вполне здоровых женщин. Одни авторы проводят резкую разницу между этими, по их мнению, совершенно невинными сапрофитными микробами — с одной стороны и высоко-патогенными возбудителями раневого сепсиса — с другой; по мнению же других и стрептококки, являющиеся обычными обитателями рукава у здоровых женщин могут при благоприятных условиях становиться вирулентными и вызывать септическую инфекцию. Который из этих двух взглядов ближе к истине, — вопрос открытый. Установлено, однако, что и несомненно-патогенные стрептококки могут в широких пределах изменять свою вирулентность. Далее, попытки установить какой-либо признак, по которому бы можно было отличать патогенных стрептококков от непатогенных, до сих пор не увенчались успехом. Так, не оправдалось указание, будто патогенные стрептококки при своем росте дают длинные цепочки, непатогенные же — короткие. Не подтвердилось полностью заявление *Schottmüller'a*, что патогенные стрептококки отличаются от сапрофитных своею гэмолитическою способностью, хотя, повидимому, до известной степени патогенность этих микробов и совпадает с их свойством разлагать кровяные

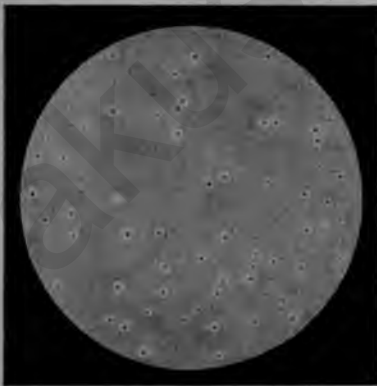


Рис. 711. Разливка гэмолитического стрептококка на пластинке с кровяным агаром (по Fromme).

среды. Уже раздаются в литературе голоса против предложенного *Fromme* способа — отличать обе категории стрептококков по их отношениям к лецитиновым средам и т. д. Если присоединить к сказанному многочисленные клинические наблюдения, которые могут быть истолкованы лишь с точки зрения самозаражения, то придется в конце концов склониться к той мысли, что являющиеся жителями рукава стрептококки, очень вероятно,

— и не такие уж невинные микроорганизмы, как думают некоторые авторы.

Гораздо меньшую роль в этиологии пуэрперальных заболеваний играют другие микробы из класса паразитных — гноеродные гроздекокки, особенно *staphylococcus pyogenes aureus*, *bacterium coli commune*, пнеймококки, пнеймобациллы *Friedländer'a*, *bacillus aërogenes capsulatus* и др.

Что касается в частности стафилококков, то особенно редко, по сравнению со стрептококками, они дают тяжелые формы общей пуэрперальной инфекции, что стоит в связи с биологическими особенностями данных микробов, обнаруживающих склонность к местному, локализованному размножению в тканях организма. Впрочем в литературе, — между прочим и в русской, — опи-

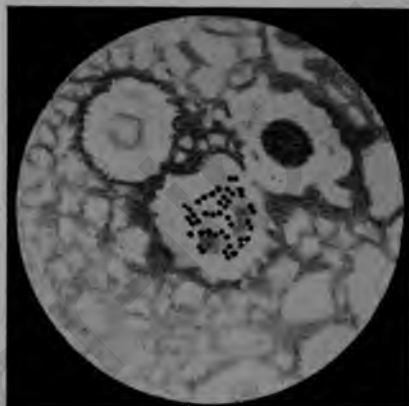


Рис. 712. *Staphylococcus pyogenes aureus* в гное (по Walthard'y).

сан целый ряд случаев смертельной родильной горячки чисто стафилококкового происхождения (случаи *Швеца*, *Бубличенко* и др.), и по мнению некоторых авторов (*Бубличенко*) подобные случаи на самом деле встречаются значительно чаще, чем это обыкновенно думают. При этом клиническая картина общего стафилококкового сепсиса у родильниц совершенно такова же, какая наблюдается и при стрептококковых заболеваниях, хотя, если судить по биологическим особенностям тех и других микробов, можно было бы ожидать обратного: помимо того, что стафилококкам в гораздо меньшей степени свойственна присущая стрептококкам способность к генерализации, они, в отличие от цепекокков, производят не только непосредственное разрушающее действие на клетки организма, но и вызывают интоксикацию последних выделяемыми ими токсинами, а также отличаются от стрептококков и в некоторых других отношениях.

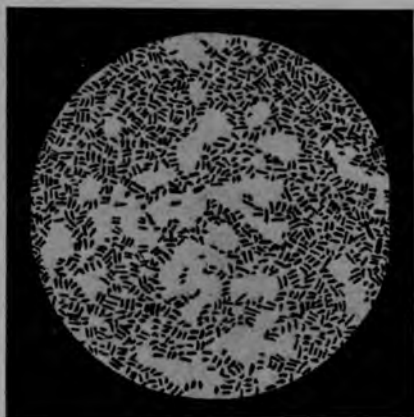


Рис. 713. Чистая разводка кишечной палочки (по Walthard'y).

она в состоянии бывает вызвать и общую инфекцию всего организма роженицы со смертельным исходом, как это было, напр., в случае, описанном *Соловьевым*. Заслуживает также внимания способность этого микроба разлагать некоторые среды с образованием газов; проникая, напр., еще *sub partu* в полость плодного яйца, *b. coli* может вызвать разложение околоплодной жидкости с развитием газовых пузырей и таким образом повести к т. наз. *physometr'e* или тимпании матки.

В еще большей степени присуща указанная способность палочке, известной под названием *bacillus aërogenes capsulatus s. b. phlegmonis emphysematosae*, которая может также, — правда, в еще более редких случаях, чем *b. coli*, — вызвать и общую инфекцию всего организма роженицы, рожильную горячку в тесном смысле этого слова.

Кишечная палочка по своим биологическим свойствам занимает промежуточное место между микробами, принадлежащими к двум указанным выше категориям. С одной стороны она может размножаться в мертвых средах, вызывая их разложение со своеобразным запахом, с другой — может проникать и в живые ткани, отравляя их своими токсинами. В отдельных случаях, наконец,

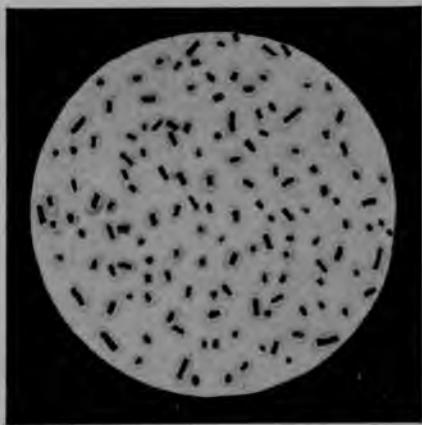


Рис. 714. Чистая разводка в *aërogenes capsulatus* (по Walthard'y).

Относительно пневмококков и пневмобацилл *Friedländer'a* следует заметить, что эти микробы фигурируют в роли возбудителей пуэрперального сепсиса сравнительно редко. Некоторые авторы думают, однако, что если бы бактериологическое исследование крови у больных родильной горячкой производилось чаще, то и случаи заражения родильниц названными микробами далеко не оказывались бы столь редкими, как это было до сих пор.

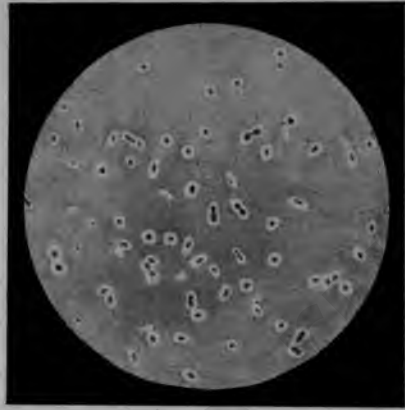


Рис. 715. Чистая разводка пневмококка (по Walthard'у).

Среди второй категории возбудителей пуэрперальных заболеваний главное место занимают т. наз. гнилостные микробы: *micrococcus foetidus*, *bac. radiiformis*, *bac. racemosus*, *staphylococcus parvulus*, особенно *streptococcus putridus* и мн. др. Каким образом все перечисленные микробы попадают в половой канал родильницы? Одно время думали, что возбудители пуэрперального сепсиса заносятся сюда исключительно извне, при исследовании недостаточно дезинфицированными руками, при введении в рукав и матку недостаточно асептических инструментов и т. п. И действительно, повидимому, наиболее тяжелые формы пуэрперального сепсиса возникают в громадном большинстве случаев именно таким путем. Способность именно занесенных извне микробов давать особенно тяжелые заболевания будет совершенно понятна, если мы вспомним то, что нам известно из бактериологии относительно усиления вирулентности патогенных микробов путем последовательных перевивок их от одного животного другому.

В настоящее время, однако, можно считать твердо установленным, что далеко не все пуэрперальные заболевания возникают путем занесения заразы извне, но что нередко они являются результатом переноса в раненные части полового канала

микробов, уже ранее находившихся в организме родильницы. Это самозаражение родильниц в широком смысле слова может представлять, в свою очередь, различные вариации.

Прежде всего в половые части родильницы могут быть занесены по кровеносным путям патогенные микробы, еще до родов находившиеся в болезненных фокусах, расположенных в других органах тела больной, — органах, нередко значительно удаленных от половой сферы. Некоторые авторы не без основания предполагают, что такое метастатическое занесение возбудителей пуэрперального сепсиса *de facto* случается гораздо чаще, чем это обыкновенно думают.

Далее, в раненые отделы полового канала родильниц, могут различным образом попасть микробные обитатели соседних с ним органов, напр., наружных половых частей, прямой кишки, уретры и пр. Как известно, органы эти даже у совершенно здоровых женщин кишат микробами, в том числе и такими, которые фигурируют в ряду возбудителей пуэрперального сепсиса (стрептококки, *b. coli* и др.).

Наконец, как мы знаем, сам половой канал, — именно, рукав и ближайший к нему отрезок цервикального канала, — содержит даже в здоровом состоянии микробов, в том числе и таких, которые могут, повидимому, при благоприятных условиях сделаться возбудителями пуэрперального сепсиса. Микробы эти вне пуэрперального периода являются, правда, безвредными сапрофитами, но весьма вероятно, что ко времени родов и пуэрперия по крайней мере некоторые из них, именно стрептококки, приобретают паразитарные свойства, или же последние приобретаются ими уже в матке. Подобно обитателям вульвы, прямой кишки и пр. они могут быть занесены в маточную полость при исследовании рожениц, производимом даже безупречными в смысле асептики руками, напр., руками в стерильных резиновых перчатках, при введении в матку даже надежно обеззараженных инструментов и пр., но могут и без этого переходить сюда. Новейшие наблюдения не оставляют, повидимому, никакого сомнения в том, что маточная полость даже у не подвергавшихся *sub partu* внутреннему исследованию родильниц в известные дни пуэрперального периода всегда содержит в себе микробов, распространяющихся сюда из рукава.

Обыкновенно, однако, микробы эти, в числе которых находятся и стрептококки, попадают сюда уже в то время, когда глубокий децидуальный слой, из которого регенерируется эндометрий, успевает обособиться от поверхностного, подлежащего омертвлению и отторжению, защитным поясом из лейкоцитов, а именно, начиная приблизительно с 5-го дня. Вследствие этого в нормальных случаях попавшие в матку из рукава микробы с паразитарными свойствами не в состоянии бывают более или менее глубоко внедриться в живые ткани маточной стенки и отчасти уничтожаются лейкоцитами, отчасти чисто механически удаляются из матки вместе с лохиями. В более благоприятные условия попадают проникшие в послеродовую матку гнилостные микробы, — в омертвевших тканях поверхностного децидуального слоя и в лохиях они встречают вполне благоприятную почву для своего размножения, но ткани эти отторгаются и вместе с лохиями извергаются из матки прежде, чем успеют загнить.

В конечном итоге при нормальных условиях сравнительно быстро происходит самоочищение послеродовой матки, и населенная влагалищными микробами полость ее по истечении нескольких дней снова становится стерильной. Иное дело, если микробы с паразитарными свойствами попадут в нее тогда, когда защитительный пояс еще не успел образоваться, — напр., во время самых родов, — или сами микробы окажутся настолько вирулентными, что в состоянии будут проникнуть через этот пояс, или, наконец, если образование последнего будет представлять какие-либо дефекты, — во всех этих случаях названные микробы могут внедриться в живые ткани маточной стенки, могут даже наводнить весь организм родильницы (самозаражение в узком смысле слова). Так именно могут быть объяснены, хотя и очень редко, но все же несомненно наблюдающиеся случаи тяжелой, даже смертельной родильной горячки у родильниц, ни разу не подвергавшихся во время родов внутреннему исследованию через рукав (напр., после т. наз. уличных родов).

Равным образом и гнилостные микробы, распространившись из рукава в матку, могут встретить здесь такие условия, которые позволят им вызвать послеродовое заболевание. Если, напр., отток лохий у родильницы почему-либо прекратится

(lochiometra), или в полости матки окажутся надолго задержавшиеся мертвые ткани (куски плаценты, части плодовых оболочек), то микробы данного сорта успеют вызвать их гниение, а продукты последнего успеют всосаться, вызвав интоксикацию организма родильницы.

Попав тем или иным способом в полость пуэрперальной матки и вообще в раненые отделы полового канала, возбудители послеродовых заболеваний могут или 1) остаться в просвете канала, размножаясь в содержащихся здесь мертвых тканях и лохиях, но не проникая в его стенки (это относится, конечно, лишь к сапрофитам), или 2) внедриться в стенки полового канала *per continuitatem*, или 3) по лимфатическим путям могут проникнуть из первично пораженного отдела полового канала в ближайшие ткани и органы (тазовую клетчатку, брюшину, трубы, яичники), или, наконец, 4) по кровеносным путям распространиться по всему организму больной (последние три возможности относятся лишь к паразитам, причем, однако, не надо упускать из виду того, что выше было сказано о способности сапрофитных микробов приобретать паразитарные свойства). В зависимости от указанных 4 вариаций распространения возбудителей пуэрперального сепсиса возникают различные клинические формы послеродовых заболеваний.

Когда микробы из класса сапрофитов, не приобретая паразитарного характера, размножаются лишь в мертвых средах, имеющих в половом канале родильницы, особенно в матке, то они вызывают обыкновенно гнилостное разложение этих сред. Образующиеся при этом продукты разложения, всасываясь, обуславливают гнилостную интоксикацию организма или сапрэмию, на которую организм реагирует лихорадкой. При этом, если количество всасывающихся гнилостных продуктов невелико, и они не производят значительного раздражающего действия на живые ткани, то последние в местах всасывания (каковыми обыкновенно бывают раненые места) не реагируют более или менее резкими воспалительными изменениями, — получается резорбционная лихорадка без каких-либо локализаций. Если же количество этих продуктов велико, и они производят сильное раздражающее действие на лишенные защитного эпителия участки стенок полового канала, то в тканях последних

развивается резкая воспалительная реакция, и возникают путридные эндометрит, вагинит или вульвит.

Если, далее, септические микробы из класса паразитов внедряются в раненых местах, в стенки матки, рукава или половой щели, то ткани последних дают в инфицированных участках еще более значительную воспалительную реакцию, сопровождающуюся и общей температурной реакцией всего организма. Так возникают местные пуэрперальные заболевания воспалительного характера — септический эндометрит и метрит, септический вагинит и септический вульвит.

Если, затем, септические микробы-паразиты распространятся за пределы первично пораженного органа, но распространение это, происходя по лимфатическим путям, ограничится половым аппаратом и ближайшими к нему участками тазовой клетчатки и брюшины, то получают пуэрперальные заболевания, имеющие опять-таки преимущественно местный характер: пуэрперальный сальпингит, пуэрперальный оофорит, пуэрперальный параметрит, пуэрперальный паравагинит и пуэрперальный периметрит (resp. перисальпингит и периоофорит).

Если, наконец, те же микробы, главным образом стрептококки, широко распространяясь по кровеносным путям, инфицируют весь организм больной, то результатом этого являются самые тяжелые, нередко смертельные формы пуэрперального сепсиса — родильная горячка в тесном смысле этого слова.

Хотя в дальнейшем, разбирая послеродовые заболевания преимущественно с чисто клинических сторон, — именно, со стороны их симптоматологии, клинического течения, диагностики, прогностики и терапии, — мы и будем придерживаться приведенной классификации, однако надо иметь в виду, что в огромном большинстве случаев строгое обособление различных форм данных заболеваний является невозможным. Нельзя случаи пуэрперальных заболеваний строго делить на обязанные своим происхождением сапрофитам и возникающие, благодаря паразитным микробам, так как, с одной стороны, сапрофитные микробы, как мы уже видели, могут при известных условиях становиться паразитами, а с другой — во многих случаях заболевание является резуль-

татом совместного воздействия на организм микробов обеих категорий; если, далее, послеродовое заболевание возникает исключительно или главным образом благодаря инфекции со стороны микробов-паразитов, то опять-таки сплошь и рядом в его возникновении принимает участие не один какой-либо вид микробов данной категории, а несколько.

Нельзя, далее, в большинстве случаев, — как уже упоминалось, — строго проводить разницу между пуэрперальными болезнями интоксикационного и инфекционного происхождения, ибо у больных большею частью имеют место и интоксикация, и инфекция одновременно. Помимо сказанного выше, необходимо помнить, что и все без исключения микробы паразитного класса, инфицируя ткани, в то же время являются источниками ядов, отравляющих организм. Только сапрофиты вырабатывают ядовитые вещества из тех мертвых сред, в которых они живут и которые разлагают, у паразитов же вещества эти вырабатываются в самом их теле, причем некоторые микробы этого класса (напр., стафилококки) выделяют яды (токсины в тесном смысле слова) еще при жизни, а у всех без исключения ядовитые вещества (эндотоксины) освобождаются после гибели микробов.

Наконец, и разграничение пуэрперальных заболеваний на общие и местные является крайне условным. С одной стороны в случаях родильной горячки, в тесном смысле этого слова, почти всегда имеются и местные поражения как половых частей, так и других органов, причем очень часто общая инфекция развивается из местной. С другой стороны, как показывают новейшие исследования, при всех пуэрперальных процессах местного характера возбудители последних могут быть обнаружены и повсюду в крови; только при заболеваниях, до конца сохраняющих местный характер, микробы остаются в крови лишь короткое время, при родильной же горячке они встречаются здесь все время (бактериэмия) — или без перерывов (септицемическая форма родильной горячки), или с перерывами (пиэмиическая форма), причем число их более или менее быстро возрастает.

Все это, конечно, делает клиническую картину пуэрперального сепсиса в отдельных случаях крайне запутанною, все

это сильно затрудняет для врача как диагностику, так и терапию послеродовых болезней.

Каминский. Этиология род. горячки и послерод. воспаление сочленений. Дисс. М. 1863. — *Запольский.* Теории пуэрп. процесса. М. М. Г. 1871. — *Сочава.* Совр. учение о послерод. горячке. М. В. 1872. — *Добронравов.* Критика доводов, приводимых в защиту миазмат. происхождения послерод. лихорадки. Лет. X. О. в М. 1877. — *Мандельштам.* Ист. обзор учения об этиологии и сущности род. горячки. Пр. О. Од. В. 1885. — *Фохт.* Основы патологии и терапии послерод. болезней. Отч. Род. п. Гол. Б. 1886-88. — *Черневский.* К вопросу о послерод. заболеваниях. Дисс. СПб. 1888. — *Черневский.* О заболеваемости и смертности при уличн. родах. Отч. Вр. 1888. — *Миронов.* О причинах послерод. заболеваний. Дисс. Харьк. 1889. — *Миронов.* К уч. о посл. заболеваниях. Вр. 1889. — *Замшин.* К вопросу о самозаражении. Вр. 1890. — *Масловский.* К уч. о самозаражении родильниц. Ж. А. 1892. — *Масловский.* *Vas. pyogenes foetidus*, биол. и патог. свойства этой палочки и значение ее для род. заболеваний. Г. *Ботк.* 1892. — *Замшин.* Самозаражение с бакт. и эксп. точек зрения. Вр. 1892. — *Садовский.* Способы распространения микробов из пол. матки. Ж. А. 1893. — *Афанасьев.* К вопросу о микроорганизмах послерод. отделений. Пр. Киев. А. О. 1894. — *Буяльский.* К вопросу о теч. послерод. периода при норм. родах, протекших без всякого акуш. вмешательства. Дисс. СПб. 1894. — *Владимиров.* К вопросу о самозаражении. Арх. Подв. 1902. — *Кустри.* К вопросу о росте микробов на физ. послерод. мат. отделениях здоров. родильниц. Дисс. СПб. 1904. — *Щербаков.* Послерод. септич. заболевания и их местные проявления. Р. М. В. 1904. — *Швеу.* О чисто стафилококковой род. пиэмии. Вр. Г. 1905. — *Щеткин.* Крит. взгляд на паразит. происхождение род. горячки. Ж. А. 1907. — *Гиммельфарб.* Совр. состояние вопроса о послерод. инфекции. Отч. Вр. Г. 1912. — *Ильин.* Послеродовая инфекция. Ж. А. 1912. — *Бубличенко.* К вопросу о стафилок. послерод. сепсисе. Ж. А. 1914. — *Соловьев.* *Colibacteriæmia* в послерод. периоде. Ж. А. 1914. — *Бубличенко.* К вопросу об этиологии и диагностике пуэрп. заболеваний. V С. Р. А. — *Розенблюм.* Бактерийная флора род. канала и пр. Отч. Вр. Г. 1915.

Резорбционная лихорадка и lochiometra. Как мы уже имели случай упоминать выше, даже в самых благоустроенных современных родовспомогательных учреждениях у 10—15% и более

общего числа родильниц наблюдаются лихорадочные повышения t^0 , причем в этом отношении не составляют исключения даже и такие учреждения, где возможность занесения заразы в половой канал при родах сведена до минимума, благодаря систематическому применению стерильных резиновых перчаток при внутреннем исследовании и операциях. В большинстве

случаев этого рода лихорадка бывает невысока — от 38^0 до $38,5^0$ С., продолжается 1—2 дня и не сопровождается какими-либо симптомами, указывающими на заболевание половой сферы. В прежнее время ее ставили в связь с накоплением молока в грудях — тем более, что действительно она нередко имеет место в те дни, когда у родильниц наблюдается нагрубание грудей (на 3-й и 4-й дни после родов). Что такая „молочная лихорадка“ иногда действительно бывает, — совершенно отрицать этого, по моему, нельзя.

С другой стороны, однако, вряд ли можно сомневаться и в том, что в большинстве случаев разбираемые лихорадочные повышения t^0 у родильниц зависят от всасывания из матки лохий, отток которых встретил какие-либо препятствия, и которые, в то же время, успели уже подвергнуться известной степени разложения, благодаря попавшим в матку из рукава сапрофитам.

Как бы то ни было, во всяком случае подобная резорбционная лихорадка легко распознается по тому, что t^0 при ней поднимается незначительно, повышения ее длятся короткое время и не сопровождаются никакими отклонениями от нормы со стороны половой сферы. Никаких вредных последствий резорбционная лихорадка за собою не ведет, а потому и не требует никакой специальной терапии.

Наряду с описанными сейчас случаями могут быть поставлены те случаи, где задержка лохий у родильниц достигает более значительной степени. Зависит это или от чрезмерной

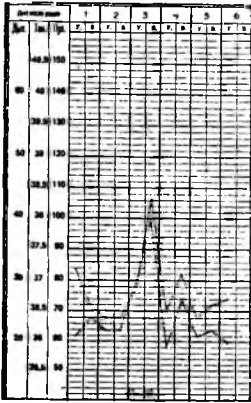


Рис. 176. Температурная и пульсовая кривые при резорбционной лихорадке.

t^0 кривая здесь, как и на рис. 717, 719, 722, 736 и 739, изображена сплошными линиями, пульсовая — точечными. VII пара, роды вполне нормальные, внутреннему исследованию роженица не подвергалась; пуэрперий, за исключением однократного лихорадочного повышения t^0 , протек также вполне нормально.

антефлексии матки, благодаря которой сильно перегнутый в области внутреннего зева цервикальный канал делается совершенно непроходимым, или от перегиба пуэрперальной матки кзади (*retroflexio uteri*), или от закупорки цервикального канала сгустками крови, обрывками *deciduae* и пр. Не имея возможности оттекать чрез цервикальный канал, лохии скопляются в матке, образуя т. наз. лохиометру, и здесь могут, под влиянием успевших проникнуть из рукава сапрофитов, разлагаться, причем продукты их разложения, всасываясь, дают лихорадку, аналогичную резорбционной. Догадаться, с чем мы имеем дело, можно в подобных случаях уже по одному тому, что у родильницы наблюдается полное прекращение или резкое уменьшение выделения лохий, ранее выделявшихся в достаточном количестве. Матка наощупь представляется увеличенной в объеме, мягкой, чувствительной при давлении; лежит она обыкновенно или в ретрофлексии, или в резкой антефлексии. В некоторых случаях родильница жалуется на спазмодические боли в области этого органа. Диагностировав лохиометру, врач должен позаботиться о том, чтобы восстановить свободный отток лохий. Если задержка зависит от того или иного положения матки, то иногда для этого достаточно бывает изменить положение родильницы, — при ретрофлексии, напр., заставив ее лечь ничком. При неуспехе можно выпрямить матку наружно-внутренними приемами, после чего, чтобы предупредить возврат перегиба, особенно перегиба кзади, надо прибегнуть к pessarium. В крайнем случае можно войти в матку катетером с двойным током и промыть ее полость каким-либо стерильным раствором, индифферентным или слабо дезинфицирующим.

Хотовицкий. *Febris lactea*. В.-М. Ж. 1838. — *Флоринский*. О молочной лихорадке. Пр. О. Р. В. 1860-61. — *Данчи*. Задержание в матке послерод. очищений — *lochiometra*. М. В. 1882. — *Паперный*. *Sl. stenosis orif. ext. uteri p. p. cum haematometra cervicali temp. et endometritide consecutiva*. Ж. А. 1897.

Пуэрперальные вульвит и вагинит (ulcera puerperalia vulvae et vaginae). Хотя как вульва, так и рукав защищены с поверхности толстым пластом многослойного плоского эпителия, однако у родильниц и эти отделы полового аппарата иногда

поражаются пуэрперальным сепсисом. Воротами для внедрения в их ткани септических микробов являются трещины и надрывы покровного эпителия, нередко имеющиеся у родильниц и иногда заметные уже для простого глаза, иногда даже незаметные. Через эти трещины и надрывы возбудители сепсиса, как стрептококки, стафилококки и пр., могут инфицировать живые ткани указанных органов, ведя к образованию на поврежденных местах т. наз. пуэрперальных язв; кроме того, если повреждения наружных половых частей и рукава сопровождались значительным размножением и омертвением тканей, то травмированные таким образом участки могут служить местом локализации и гнилостных процессов.

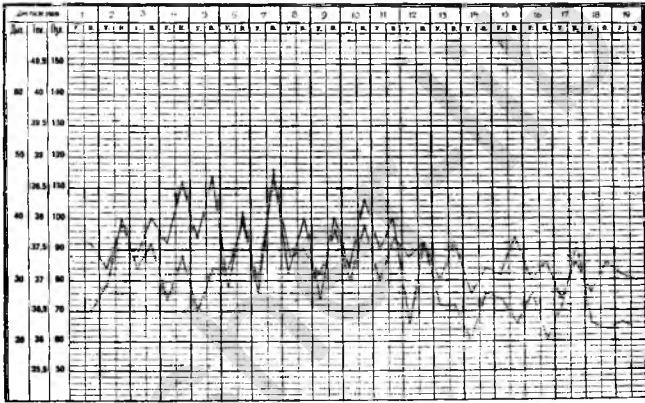


Рис. 717. Температурная и пульсовая кривые при пуэрперальном вульвовагините.
— рана с узким тазом; роды длились долго, окончены щипцами; значительный разрыв промежности, на месте которого образовалась типичная пуэрперальная язва.

Клинически пуэрперальные вульвит и вагинит, как и все другие послеродовые заболевания, прежде всего сказываются лихорадочными повышениями t^0 , которые даже при локализованных вульвите и вагините могут быть довольно значительны (39^0 — $39,5^0$). При первой из этих болезней, кроме того, больные нередко жалуются на чувство жжения в переднем проходе и опухание наружных половых частей, а при второй истекающие из рукава лохии представляются зловонными. При обоих заболеваниях, далее, на пораженных органах образуются язвы, которые при пуэрперальном вульвите обыкновенно распола-

гаются там, где *rima pudendi* всего чаще подвергается разрывам, т. е. в области задней спайки, а при пуэрперальном вагините язвы локализируются чаще или в нижних отделах рукава, или на поверхности влагалищной части. Увидеть эти язвы легко при пуэрперальном вульвите — разведя осторожно опухшие половые части пальцами, а при пуэрперальном вагините — раскрыв влагалище зеркалами; они характеризуются неровным дном, покрытым серо-желтоватым налетом, и неровными, припухшими, окруженными воспалительным венчиком краями (при гнилостном вульвите и вагините язвы покрыты гангренозным слоем черноватого цвета). По этим признакам врачу нетрудно бывает поставить правильный диагноз обеих болезней. Окончательно дело может быть выяснено путем микроскопического исследования мазков из отделимого язв и покрывающих их налетов.

Лисовский различает четыре вида язв, встречающихся при пуэрперальном вульвите и вагините, а именно, 1) ссадины, покрытые непрозрачным, мутным налетом желтовато-коричневого цвета, на 2-е и 3-и сутки отделяющие желтовато-серую жидкость, из-под которой на 4-й день выступают яркочерные зерна грануляций; общее состояние больных при язвах этого рода страдает мало; по автору, ссадины эти зависят от действия сапрофитов; 2) дифтеритические язвы, покрытые налетом желто-серого цвета, как бы посыпанные тонким слоем муки; общее состояние больных при них сильно расстроено; этот сорт язв зависит от инфекции стрептококками; 3) язвы, на дне которых видна омертвевшая клетчатка, похожие на вскрывшиеся фурункулы, иногда покрытые черным гангренозным струпом; они также, по *Лисовскому*, обязаны своим происхождением стрептококкам и наблюдаются обычно при пуэрперальной септицемии; 4) язвы с обрывистыми краями, в 1—2 милл. глубиною, с красным, чистым, сухим дном, в середине которого виден бугорок из желтого гноя; встречаются также при тяжелой септицемии. Помимо перечисленных язвенных форм, *Лисовский* различает еще пятую форму пуэрперального вагинита, при которой слизистая оболочка рукава представляется неизъязвленной, но отечною, красною,

болезненную, и ставит эту форму в связь с пиэмиической разновидностью родильной горячки.

Терапия пуэрперального вульвита заключается в антисептических обмываниях, а вагинита — в таковых же спринцеваниях, для которых можно употреблять различные дезинфецирующие растворы: раствор марганцовокислого кали, перекиси водорода, формалина и пр. Язвы, кроме того, следует смазывать иодной настойкой и присыпать порошкообразными антисептическими веществами: иодоформом, ксероформом, виоформом и т. п. При таком лечении, если дело идет лишь о местном заболевании, пуэрперальные язвы довольно быстро заживают, причем омертвевшие ткани отторгаются растущими снизу грануляциями, язва очищается, и поверхность ее с краев начинает затягиваться эпителием.

Горнштейн горячо рекомендует для лечения пуэрперального вагинита перекись кальция (горит); будучи неядовитым, вещество это выделяет свободного кислорода в 20 раз больше, чем перекись водорода.

Филатов. Влаг. души салиц. кислоты в послерод. периоде. М. Вр. В. 1870. — *Аксаков*. Ulcera puerperalia. П. О. Вят. В. 1891. — *Антушевич*. К каз. пуэрп. гангрены рукава. Там же. — *Красковский*. Sl. vaginitis et paravaginitis gangr. p. p. Пр. Киев. А. О. V. — *Ануфриев*. О леч. перекисью водорода пуэрп. язв. Тр. О. Арх. В. 1894. — *Прокофьева*. О нар. применении ацетанилида (антифебрина) в ак. практике. Реф. Ж. А. 1900. — *Давыдов*. Послерод. язвы влагалища и шейки матки. Ж. А. 1900. — *Горнштейн*. Перекись кальция (горит) в прим. к терапии послерод. кольпитов. Ж. А. 1903. — *Лисовский*. К пат. и тер. острых послерод. заболеваний. Пр. В. 1909.

Пуэрперальный эндометрит. Так как матка, — именно, внутренняя ее поверхность, — гораздо чаще других половых частей родильницы служит пунктом внедрения септической заразы, то уже в силу одного этого пуэрперальный эндометрит из всех местных пуэрперальных заболеваний имеет наибольшее практическое значение. В большинстве современных руководств по акушерству различаются две формы этой болезни —

путридный эндометрит и эндометрит собственно - септический. Хотя, как мы уже видели, строгое разграничение названных двух форм для большинства случаев оказывается совершенно невозможным, мы тоже удержим это разделение — тем более, что оно оправдывается некоторою разницею в клинических картинах при той и другой форме.

Путридный или гнилостный эндометрит развивается чаще всего в тех случаях, когда в матке имеется значительное

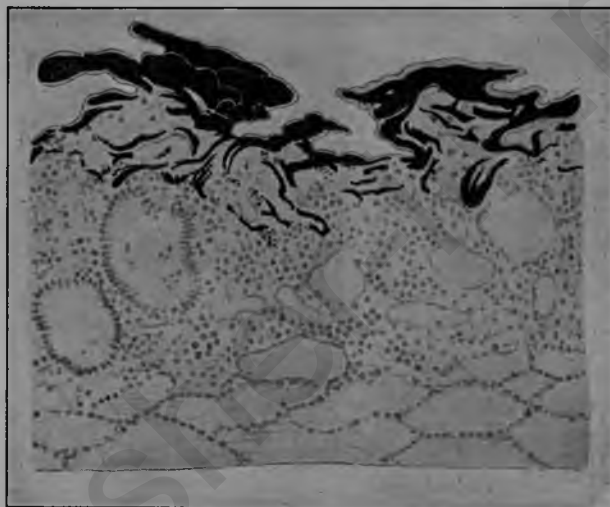


Рис. 718. Микроскопическая картина внутреннего слоя маточной стенки при путридном эндометрите (по Fromme).

Ткани, пронизанные гнилоственными микробами, окрашены в густо-черный цвет. Грануляционный пояс выражен очень ясно. Микробы проникают в него неглубоко.

количество мертвых тканей, могущих служить хорошими средами для размножения в них сапрофитов. Такие среды в пуэрперальной матке, собственно говоря, имеются всегда: это — лохии и омертвевающий поверхностный слой *deciduae*. Но части этого слоя при нормальных условиях быстро отторгаются и вместе с лохиями удаляются из матки прежде, чем проникшие в матку сапрофиты успеют в них развить энергичную жизнедеятельность. Другое дело, если отток лохий почему-либо будет задержан (*lochiometra*), или в пуэрперальной матке остались куски плаценты и других частей плодного яйца, — размножаясь в

них, сапрофитные микробы вызывают их гниение, причем образовавшиеся гнилостные продукты, всасываясь, поступают в кровь (сапрэмия) и обуславливают общую интоксикацию организма. Последний реагирует на нее лихорадкой; в то же время во внутреннем слое маточной стенки, непосредственно граничащем с гнилостными массами, возникает местная воспалительная реакция, развивается эндометрит.

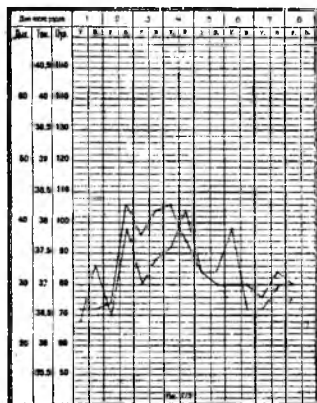


Рис. 119. T° и пульсовая кривые при пупридном эндометрите.

1 — температура с нормальным таком; преждевременные роды на 8 мес. длились более 2 суток; лохии с сильным запахом; involutio uteri vitiosa.

давлению, лохии долго сохраняют кровянистый характер, в отдельных случаях переходя в настоящие кровотечения, и отличаются вонючим запахом. Если гнилостный эндометрит развивается в связи с задержкой лохий, то рукавно-наружное исследование дает картину обычную при лохиометре (резкая антефлексия или ретрофлексия матки, известная степень непроходимости цервикального канала и пр.), если же причиной болезни является задержка кусков последа и других частей плодного яйца, то цервикальный канал оказывается обычно раскрытым, и введенным чрез него пальцем удается прощупать задержанные в полости матки части. После удаления или самопроизвольного извержения их лихорадка обыкновенно спадает, лохии теряют свой гнилостный запах и кровянистую окраску, цервикальный канал суживается, и обратное развитие матки начинает идти нормальным темпом, хотя нередко бывает и так, что, несмотря на прекращение гнилостных процессов в матке, инволюция

последней остается задержанной, лохии, потеряв свою вонючесть, долго остаются кровянистыми, а затем сменяются слизистогнойными белями, и у больной надолго сохраняется то состояние матки, которое так знакомо каждому гинекологу под названием хронического метрита (resp. метро-эндометрита).

Септическая форма пуэрперального эндометрита возникает, благодаря попаданию в полость матки, — чаще путем занесения заразы извне, реже путем самозаражения, — микробов-паразитов, в большинстве случаев — септического или гноеродного стрептококка, обладающего способностью разлагать кровяные среды (гемолитического). Проникнув в матку, септические микробы внедряются в живые ткани внутреннего слоя маточной стенки, которые реагируют на инфекцию энергичным воспалительным процессом с образованием защитного пояса из лейкоцитов. Особенно благоприятные условия для внедрения микробов представляет место прикрепления последа с его широкими сосудами, почему здесь главным образом и локализуется воспаление. Впрочем и остальные участки внутренней поверхности маточного тела, будучи лишены покровного эпителия, могут служить местом внедрения септической заразы. Более защищенную в этом отношении, казалось бы, является стенка цервикального канала, не лишаящаяся во время беременности своего покровного эпителия; но целостность этой стенки во время родов весьма часто нарушается надрывами, которые и могут служить исходными пунктами для проникновения септических микробов. В тех местах, где ткани инфицированы, на внутренней поверхности маточной стенки образуются совершенно такие же язвы, как и описанные выше при пуэрперальном вульвите и



Рис. 720. Язвы в области плацентарного места при септическом эндометрите.

вагините, причем полость маточного тела иногда вся превращается в одну сплошную язву, а язвы цервикального канала, идя по ходу надрывов, могут распространяться на наружную поверхность влагалищной части, где их и можно бывает видеть простым глазом. В дальнейшем инфекция или ограничивается внутренним слоем маточной ткани, — стрептококкам, если и удастся, по лимфатическим и кровеносным путям, проникнуть за пределы защитного пояса из лейкоцитов, которым более глубокие слои маточной стенки отграничиваются от поверхностного, пораженного,

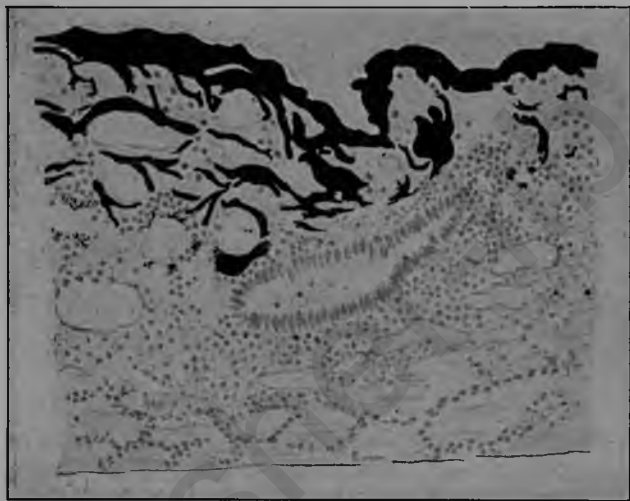


Рис. 721. Микроскопическая картина внутреннего слоя маточной стенки при пуперпериальном септическом эндометрите (по Fromme).

Густо-черным цветом изображены ткани маточной стенки, наводненные стрептококками, которые местами глубоко проникают в грануляционный слой.

то лишь в небольшом количестве, — и тогда эндометрит локализуется; или же возбудители сепсиса в большем количестве, прорвав защитный пояс, проникают в толщу миометрия, в окружающую брюшину и клетчатку, наконец, даже в весь организм больной, — тогда за эндометритом следуют метрит, периметрит или даже перитонит, параметрит, наконец, родильная горячка.

Клинически септический эндометрит, как и путридный, начинается повышением t° , наступающим в различные дни послеро-

дового периода, чаще всего на 3-й день, сопровождающимся нередко знобом и достигающим высоких цифр — 39° или даже 40°. Пульс при этом учащается значительно, чем при пупридном эндометрите, — иногда сразу до 120 и более ударов в минуту. Значительно страдает и общее состояние больных. Напротив, изменения со стороны половой сферы, которые могут быть констатированы путем обычного комбинированного исследования, иногда бывают очень незначительны; правда, чаще матка оказывается при этом плохо инволютированной и чувствительной при давлении, а лохии дольше обычного остаются кровянистыми, но иногда и эти отклонения от нормы могут отсутствовать. В дальнейшем клиническая картина бывает различной в зависимости от того, локализуется инфекция в матке, или прогрессирует дальше. В первом случае t^0 через несколько дней спадает, пульс становится реже, — словом, наступает выздоровление больной, во втором же лихорадка, иногда после некоторого перерыва, продолжается, продолжается и учащение пульса, и выступают признаки, указывающие или на поражение соседних тканей и органов, или на общую инфекцию всего организма.

Распознать пуэрперальный эндометрит можно по тем клиническим признакам, какие только что были указаны сейчас. По этим же признакам можно отличить друг от друга обе формы данной болезни, пупридную и септическую, а равно отличить эндометрит от других пуэрперальных заболеваний, в основе которых лежит прогрессирующая инфекция.

Говоря о дифференциальной диагностике между пупридным и септическим эндометритами, надо, однако, иметь в виду, что в практике очень часто встречаются случаи пуэрпераль-

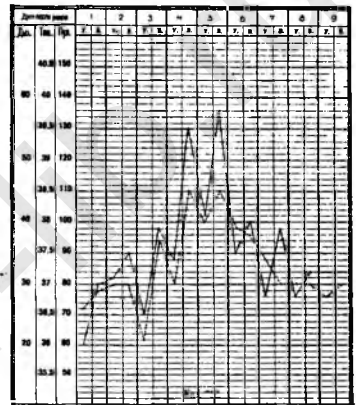


Рис. 722. T^0 и пульсовая кривые при септическом эндометрите. 1 — рана с чрезмерно широким тазом: vitium cordis; чистое ягодичное предлежание, введение ножки и экстракция плода, вследствие начавшейся его асфиксии; лохии без запаха, обратное развитие матки задержано.

ного эндометрита смешанного происхождения, где болезнь бывает обязана своим происхождением и паразитным микробам, и сапрофитным, — и инфекции, и интоксикации. Отличить эти формы от чисто гнилостного эндометрита по клиническим признакам часто нет никакой возможности, а между тем правильная установка дифференциального диагноза здесь имеет очень большое значение в видах терапии. Чтобы достигнуть ее, были предложены различные методы бактериологического исследования, среди которых, однако, ни один не может быть признан гарантирующим от ошибок и вполне пригодным для практических целей.

Прежде всего при этом трудно бывает получить безупречный материал для исследования. Если брать его из рукава, то он является загрязненным примесью микробов, обыкновенно содержащихся во влагалище, при взятии же проб из полости матки материал для исследования легко может загрязниться по дороге через цервикальный канал и рукав; правда, для этой цели придуманы специальные приспособления, но они не получили большого распространения в практике, благодаря кропотливости их применения. Главное, однако, — и бактериологически отличить возбудителей септического эндометрита от микробов, вызывающих путридный эндометрит, не так-то легко. Установлено, положим, что первая из этих форм в большинстве случаев вызывается стрептококками; но, с одной стороны, она может возникнуть и под влиянием инфекции матки другими микробами, а с другой — не всякий стрептококк есть непременно патогенный *streptococcus septicus*, существуют и сапрофитные виды стрептококков, не обладающие патогенностью последнего. Трудность отличить патогенные виды от непатогенных усугубляется, благодаря тому, что патогенность не есть неизменное свойство, всегда в одинаковой степени присущее определенным видам стрептококков, — стрептококки, при известных условиях, являющиеся сравнительно невинными сапрофитами, при других условиях могут, повидимому, приобретать высокую патогенность и способность инфицировать живые ткани. Немало затрудняется определение патогенности найденных в матке стрептококков и благодаря тому, что, как показывают на-

блюдения, стрептококки вирулентные для человека могут быть совершенно непатогенными для других животных, и наоборот.

Одно время думали, что патогенных стрептококков можно отличить от непатогенных по отношению тех и других к питательным средам, содержащим кровь, напр., кровяному агару (смесь 5 ч. агар-агара с 2 ч. крови). *Schottmüller* указал, и многие последующие исследователи подтвердили, что патогенные стрептококки, будучи посеяны на пластинке из такого агара, проявляют гэмолитическую способность, и колонии их представляются окруженными прозрачным, бесцветным пояском (см. рис. 711), тогда как непатогенные стрептококки не дают гэмолы. Однако дальнейшая проверка этого способа обнаружила, что патогенность и способность к гэмолу у стрептококков вовсе не идут параллельно, — что и непатогенные стрептококки нередко проявляют способность разлагать кровь, хотя в общем способность эта и присуща больше патогенным видам.

Не вполне гарантирующим от ошибок оказался и предложенный *Fromme* способ для отличительного распознавания патогенных стрептококков от непатогенных, — способ, основанный на способности 2% эмульсии лецитина, примешанной к питательному бульону, задерживать рост патогенных стрептококков, не влияя на развитие непатогенных микробов этого рода.

Так как способы эти, кроме того, требуют известных приспособлений и уже потому являются недоступными для врачей-практиков, то некоторые авторы рекомендуют для бактериологической диагностики пuerперальных эндометритов, в условиях частной практики, довольствоваться простым микроскопичес-



Рис. 723. Мазок на докй при пуритном эндометрите (по Витт'у).

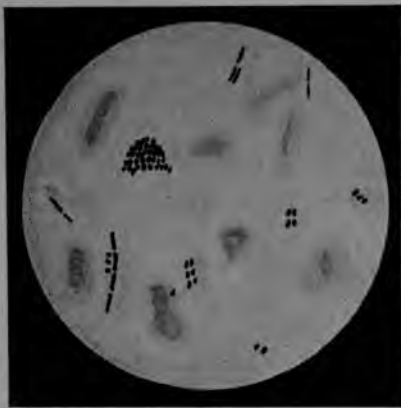


Рис. 724. Мазок из лохий при гнилостном эндометрите (по Fromme).

ким исследованием мазков из лохий, взятых притом из рукава, после окраски этих мазков, напр., *Löffler*-овской синькой. При гнилостном эндометрите на мазках, среди массы распадающихся клеток, бросается в глаза множество разнообразных бактерий — крупных и мелких палочек и кокков, как простых, так и диплококков, расположенных то изолированно, то кучками, то короткими цепочками, частью в гнойных клетках. Для септического стрептококкового эндометрита, напротив, довольно характерным является присутствие в мазках лишь незначительного количества микробов — обыкновенно диплококков и коротких цепочек, лежащих вне лейкоцитов. К сожалению, смешанные эндометриты дают при этом картины, мало отличающиеся от тех, какие получаются при чисто гнилостных формах, а между тем отличительная диагностика между теми и другими и представляет особенную важность в практическом отношении.

С еще большими, пожалуй, трудностями сопряжена установка бактериологическим путем дифференциальной диагностики между локализованным пuerперальным эндометритом и общей пuerперальной инфекцией, т. е. родильной горячкой. Казалось бы, вопрос этот в каждом отдельном случае очень про-

ким исследованием мазков из лохий, взятых притом из рукава, после окраски этих мазков, напр., *Löffler*-овской синькой. При гнилостном эндометрите на мазках, среди массы распадающихся клеток, бросается в глаза множество разнообразных бактерий — крупных и мелких палочек и кокков, как простых, так и диплококков, расположенных то изолированно, то кучками, то короткими це-

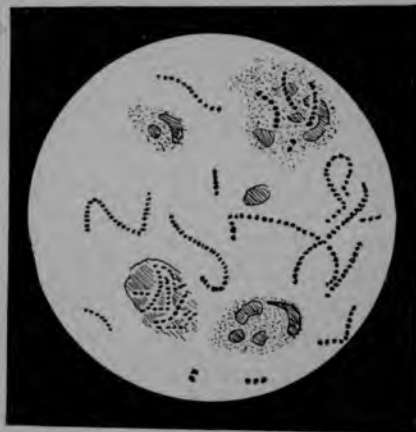


Рис. 725. Мазок из лохий при септическом (стрептококковом) эндометрите (по Витт'у).

сто решается путем бактериологического исследования крови больной. Наблюдения, однако, показывают, что, с одной стороны, иногда и при локализованном эндометрите исследование крови, взятой, напр., из вен локтевого сгиба, обнаруживает в ней присутствие возбудителей пуэрперального сепсиса, а с другой — при некоторых формах родильной горячки (пиэмиических) кровь временами

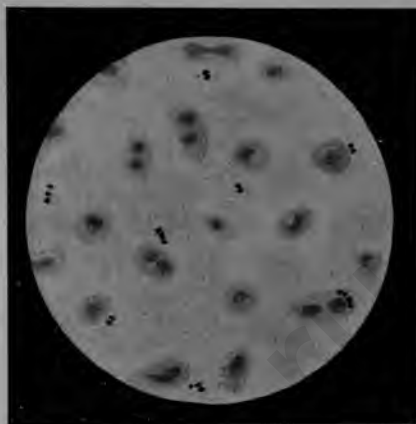


Рис. 726. Мазок из лохий при септическом (стрептококковом) эндометрите (по Fromme).

оказывается стерильной. Чтобы выяснить дело, необходимы систематические исследования крови в течение ряда дней, причем каждый раз надобно брать достаточное количество крови (около 10 куб. сант.). Если при этом микробы все время будут обнаруживаемы в крови, особенно в возрастающем количестве, — значит, в данном случае мы имеем дело с общей инфекцией; если же кровь скоро сделается стерильною, — значит, имеется локализованный эндометрит. Но при длительном наблюдении врач и без бактериологического исследования обыкновенно в состоянии бывает разобраться, родильная ли горячка у больной, или пуэрперальный эндометрит.

Охарактеризовав клиническую картину главных форм пуэрперального эндометрита и разобрав их диагностику, считаю нелишним сказать несколько слов и о некоторых формах данной болезни, встречающихся, — по крайней мере в настоящее время, — сравнительно редко. К таким формам относится прежде всего эндометрит, вызываемый газообразующими микробами, каковы, напр., *bacillus aërogenes capsulatus*, *b. coli* и др. Проникая в полость матки иногда еще во время родов, микробы эти могут попасть, как уже упоминалось выше, и в плодное яйцо, где вызывают разложение околоплодной жидкости. Образующиеся при этом газы

скопляются обычно в верхних частях плодного яйца resp. маточной полости, где перкуссия матки и дает тимпанит (отсюда название данной формы — *tympania uteri s. physometra*). После рождения плода газы обыкновенно с шумом выходят вместе со вторыми водами, в пуэрперальном же периоде в подобных случаях обычно развивается сильный эндометрит путридного характера с тяжелой общей интоксикацией организма.

К путридным же формам пуэрперального эндометрита принадлежит т. наз. *putrescentia uteri*, при которой не только более поверхностный слой оставшейся в матке *deciduae* подвергается омертвлению, но омертвевают и более глубокие слои вплоть до миометрия, превращаясь в вонючую массу зеленовато-черного цвета. Конечно, этим резким местным изменениям соответствуют и резко выраженные общие явления в виде тяжелой гнилостной интоксикации организма.

Относительно лечения пуэрперального эндометрита почти все современные авторы согласны, что при септической форме его рациональнее всего придерживаться выжидательного образа действий. Покойное положение родильницы, лед на живот, препараты спорыньи *per os* или подкожно, — вот и все меры, которые надо применять здесь. К этому можно присоединить в тех случаях, где есть основание опасаться общей инфекции организма, введение антистрептококковой сыворотки. Из местных лечебных мероприятий могут быть допускаемы лишь дезинфицирующие рукавные спринцевания, всех же внутриматочных лечебных процедур надо тщательно избегать, ибо они приносят больше вреда, чем пользы. Сказанное относится не только к выскабливанию полости матки, при котором мы уничтожаем образовавшийся в живых тканях защитный пояс и открываем стрептококкам широкий простор для генерализации по лимфатическим и кровеносным путям, но и к таким, сравнительно менее энергичным, приемам, как внутриматочные промывания: стрептококков, гнездящихся в живых тканях, мы этими промываниями все равно не уничтожим, хотя бы брали для них растворы наиболее сильных бактерицидных веществ, а защитный слой можем повредить, можем также вызвать отрыв тромбов в

сосудях плацентарного места и занесение микробов в эти сосуды и пр.

Употребляя для внутриматочных промываний бактерицидные вещества значительной ядовитости, мы, кроме того, рискуем вызвать отравление родильницы. В период господства лечебной антисептики такие отравления наблюдались сплошь и рядом. Так, по *Ануфриеву* в акушерской клинике Варшавского Университета за 1885-88 гг. наблюдалось 12 случаев отравления сулемой, в том числе 7 случаев — при внутриматочных промываниях раствором сулемы 1:3000.

Сравнительно более безопасным является лечение септического эндометрита постоянным орошением, от которого многие авторы получили, при данной болезни, весьма хорошие результаты.

Справедливости ради мы должны также отметить, что в литературе имеются, основанные на довольно большом фактическом материале, указания, говорящие в пользу и некоторых чисто внутриматочных методов лечения пуэрперального эндометрита, в том числе и септического, — особенно методов, основанных на дренировании матки. Так, *Гузарчик* горячо рекомендует следующий способ лечения этой болезни: наружные половые части больной сначала обмываются раствором сулемы 1:4000, тем же раствором спринцуются и рукав, затем последний раскрывается зеркалами, цервикальный канал и полость тела матки очищаются ватными шариками, смоченными в сулемовом растворе и сильно отжатыми, после в маточную полость вводится на короткое время влажный ватный шарик, пропитанный раствором сулемы 1:1000, наконец, как матка, так и рукав выполняются полосой иодоформированной марли, смоченной в карболовом растворе и сильно отжатой, причем полоса эта меняется через 12—24 ч. Хотя против этого способа можно и многое возразить, особенно в виду легко возможного при нем отравления сулемой, однако автор говорит, что из 115 больных он потерял при подобном лечении лишь одну. Очень хорошие результаты получил и *Сицинский*, применяя при пуэрперальных эндометритах аналогичный же метод лечения, который он называет

„перевязкою матки“. В первоначальной модификации метод этот слагается из 5 приемов: 1) промывание матки сулемой 1:1000, 2) непосредственно затем промывание ее прокипяченной водой в 40°, 3) осушение ее полости стерильной марлей, 4) новое промывание — 90° винным спиртом, наконец, 5) дренирование стерильной или иодоформированной марлей.

Гораздо более спорным является вопрос о терапии путридных форм послеродового эндометрита. Раз заболевание вызывается микробами, размножающимися в мертвых средах, и раз сущность его сводится к интоксикации ядовитыми веществами, образующимися из этих же сред, путем их разложения, то уже а priori наиболее рациональным способом борьбы с таким заболеванием представляется удаление этих сред, т. е., при путридном послеродовом эндометрите, — задержавшихся лохий, остатков плодного яйца и омертвевшего поверхностного слоя отпадающей оболочки. И действительно, многочисленные наблюдения свидетельствуют, что освобождение матки от гнилостных масс путем выскабливания, промываний и пр. в большинстве случаев быстро ведет за собою прекращение болезни. Наряду с такими случаями встречаются, однако, и такие, где после выскабливания у больных быстро развивается септицемия со смертельным исходом. Очевидно, в подобных случаях дело идет не о чисто путридном, а о смешанном эндометрите, при котором в матке вместе с сапрофитными имеются и паразитные микробы, и для этих последних выскабливание, ведущее к разрушению защитного пояса и открытию сосудов, как кровеносных, так и лимфатических, создает благоприятные условия в смысле облегчения им доступа во все области организма. Такие смешанные формы эндометрита встречаются, как уже упоминалось выше, повидимому, очень нередко, а самое главное — их совершенно нельзя клинически отличить от чисто путридных. Исходя из этого, некоторые представители современного акушерства рекомендуют и при путридном эндометрите выжидательную терапию, предоставляя изгнание, напр., загнивших остатков последа самой матке и лишь в случаях угрожающих кровотечений прибегая к их удалению. Во всяком случае последнее необходимо производить осторожно — так,

чтобы не повредить демаркационного защитного слоя, лучше всего выполнять его пальцами или тупой ложкой, абортными щипцами и т. п. инструментами, усердного же выскабливания стенок матки в подобных случаях лучше избегать. В видах более совершенного удаления гнилостных масс можно в заключение операции промыть маточную полость, употребляя для этого индифферентные или слабо дезинфицирующие жидкости (стерильный физиологический раствор, кипяченую воду — в чистом виде или с примесью небольшого количества иодной настойки и пр.) и тщательно соблюдая те предосторожности, какие выше были указаны относительно внутриматочных промываний при атонических кровотечениях.

Из других методов лечения] путридного эндометрита заслуживает внимания постоянное орошение, которое именно здесь в состоянии оказать ценные услуги, благодаря при-
сущему ему сильному аспирирующему действию.

Добронравов. О местн. лечении послер. заболеваний. Дисс. М. 1873. — *Дохман.* К уч. о воспалении слиз. оболочки матки во вр. родов. М. В. 1877. — *Левенштейн.* К вопр. местного противогн. лечения послерод. заболеваний. Дисс. СПб. 1881. — *Бернштейн.* Сл. усп. лечения пуэрп. эндометрита выскабливанием полости матки острой ложечкой. М. Од. 1886. — *Холмогоров.* Лечение пуерперального эндометрита выскабливанием острой ложечкой. М. Об. 1886. — *Артемьев.* О послер. катар. эндометрите. II *Пир. С.* — *Косоротов.* К каз. послер. заболеваний. М. Об. 1888. — *Мурашко.* Сл. physometra puerperalis. М. Об. 1888. — *Мордвинов.* О леч. послер. заболеваний пол. органов постоянным вл. орошением. Дисс. М. 1888. — *Богоявленский.* Пост. орошение при endom. septica. М. Об. 1889. — *Кудиш.* Сл. чрезм. поднятия t^0 после промывания полости матки при послер. септ. эндометрите. Ж. А. 1889. — *Незвецкий.* О пост. влаг. орошении при гнил. послер. заболеваниях пол. сферы. М. Об. 1889. — *Выгодский.* О внутрим. лечении пуэрп. заболеваний. Пр. Вил. М. О. 1890. — *Артемьев.* О микр. картине послер. отделений у заболевших родильниц. Н. Бес. 1890. — *Петров.* Сл. выскабливания пол. матки в посл. пер. Вр. 1891. — *Ануфриев.* К вопр. о прим. сулемы в акуш. практике. Р. Мед. 1891. — *Филиппов.* К вопр. о влиянии прил. снаружи льда на t^0 и сократительность послер. матки. Тр. М. О. Р. В. 1891. — *Аншелес.* Способы получения лохий и пр. Пр. Киев. А. О. VI. — *Иванов.* Опыт промывания послер.

матки слаб. растворами пов. соли. Ю. М. Г. 1893. — *Мацянский*. Изл. повт. кюржами послер. горячки и пр. Пр. Вил. М. О. 1895. — *Эрлих*. Сл. аутоинтоксикации из послер. матки и токсич. заб. нервных узлов матки. В. Мед. 1896. — *Глядко*. О лечении гнил. форм послер. горячки пост. влаг. орошением. В.-М. Ж. 1896. — *Иванов*. О выск. матки при пуэрп. эндометрите. Тр. М. А. О. 1896. — *Гузарчик*. Капил. дренаж матки, как метод лечения посл. эндометритов. Дисс. СПб. 1898. Ж. А. 1898. — *Орбант*. Измерение t° родильниц. Еж. 1898. — *Соловьев*. К уч. о борьбе с послерод. заболеваниями. Пр. М. О. Р. В. 1898. — *Орбант*. О нафталине при послер. эндометритах. Еж. 1900. — *Кирзнер*. Нафталин при послерод. эндометритах. Там же. — *Калабин*. Об этиол. и леч. послерод. заболеваний. Ж. А. 1901. — *Мацевский*. О гнил. послер. процессах в пол. матке и их лечении. Отч. Вр. Г. 1902. — *Марьянчик*. К вопр. о распозн. посл. заболеваний и леч. значении сыв. Marmorek'a. Вр. Г. 1903. — *Полянский*. Нафталин при послер. эндометритах. Вр. Г. 1903. — *Ахшарумов*. О распозн. и лечении местн. послер. заболеваний. Ж. А. 1903. — *Сицинский*. Лечение заразн. посл. заболеваний в пол. матки. I С. Р. А. — *Ишунин*. О внутрим. дренаже при леч. послер. заболеваний. II С. Р. А. — *Миронов*. К вопр. о местн. леч. послер. заболеваний. Ж. А. 1907. — *Райх*. К вопр. о леч. послер. эндометритов промыванием матки. Ж. А. 1907. — *Мусатов*. К вопр. о совр. состоянии взглядов на диагн., прогн. и терапию послер. заболеваний. Отч. Вр. Г. 1909. — *Розенблат*. К вопр. о леч. послер. заболеваний пиоцианазой. Ж. А. 1911. — *Сицинский*. Лих. заболев. в послер. периоде. СПб. 1912. — *Новиков*. К вопр. о профил. и лечении послер. инфекций. Р. Вр. 1912. — *Строганов*. Лечение нач. форм послер. заболеваний гор. спринцеваниями пер. состава. Нов. М. 1914.

Пуэрперальный метрит. Иногда возбудители пуэрперального сепсиса, преимущественно стрептококки, попав в полость матки, не только инфицируют эндометрий, или, точнее сказать, оставшийся после родов слой отпадающей оболочки, но проникают и в толщу миометрия. Пути для их проникновения являются обыкновенно лимфатические сосуды и щели, но могут, повидимому, служить и затромбированные кровеносные сосуды. При этом инфекция может в некоторых случаях остаться локализованной, ограниченной лишь известными участками миометрия, — тогда у родильницы возникает ограниченный септический метрит.

Инфицированные участки маточной мускулатуры, в силу защитной реакции со стороны окружающих тканей, иногда пронизываются лейкоцитами, обособляются от остального миометрия и превращаются в абсцессы — или одиночные, или множественные. В дальнейшем абсцессы эти могут вскрываться или в полость матки, или в полость брюшины, причем в последнем случае результатом их вскрытия, конечно, является смертельный перитонит.

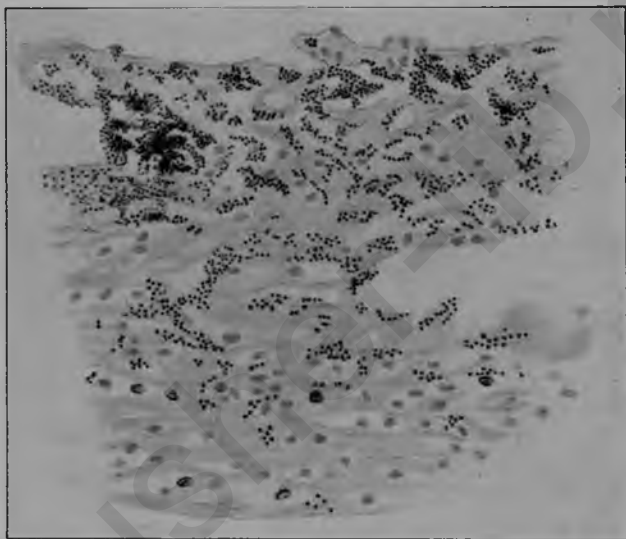


Рис. 727 Проникновение стрептококков в толщу пуэрперального миометрия (по Runge).

Сравнительно нередко случается, далее, что стрептококковая инфекция, распространяясь в толще маточной мускулатуры и сопровождаясь воспалительной реакцией со стороны здоровых тканей, ведет к обособлению от остального миометрия участков и целых пластов последнего, прилегающих к отпадающей оболочке. Обособленные таким образом участки и пласты омертвевают, секвестрируются и изгоняются из матки, причем ткани их заживают под действием проникших в матку гнилостных микробов. Эта форма пуэрперального метрита известна под названием *metritis dissecans*.

Клинически пуэрперальный метрит дает, в общем, такую же картину, какая выше была описана для пуэрперального эндометрита; в частности *metritis dissecans* протекает при явлениях, свойственных гнилостному или, точнее говоря, смешанному эндометриту; только при метрите все явления, — лихорадка, замедление обратной инволюции матки, расстройства со стороны лохий и пр., — бывают выражены резче, чем при эндометрите. Прогностика при этой болезни всецело зависит от того, локализи-

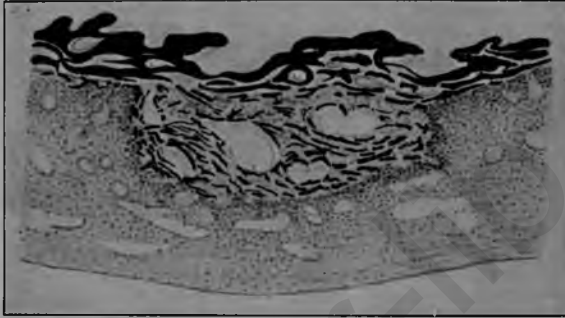


Рис. 728. Микроскопическая картина маточной стенки при *metritis dissecans* (по Fromme).

Инфицированные стрептококками децидуальный слой и участок прилегающего к нему миометрия окрашены в густо-черный цвет. Кругом пораженного участка миометрия резко выраженный пояс лейкоцитарной реакции.

руется инфекция, или будет прогрессировать. Что касается, наконец, терапии, то при пуэрперальном метрите и, в частности, при *metritis dissecans* наиболее целесообразным является строго-выжидательный образ действий.

Metritis dissecans был впервые описан *Сутушиным* под названием *endometritis gangraenosa*. *Бекман*, которому принадлежит одно из наиболее обстоятельных исследований по данному вопросу, думает, что эта болезнь встречается далеко не так редко, как это обыкновенно полагают; самому *Бекману* пришлось наблюдать 15 ее случаев, из которых более, чем в половине, имели место оперативные роды. Главную причину омертвения участков миометрия при *metritis dissecans* этот автор усматривает в закупорке сосудов маточной стенки стрептококками; бактериальному тромбозу приписывает здесь

главнейшую роль и *Дашкевич*. Отторгшиеся куски в случаях *Бекмана* имели большую частью треугольную форму, представляя как бы слепок с маточной полости. Величина секвестрировавшегося куска в одном случае, описанном *Таканаки*, равнялась 13 сант. в длину при $4\frac{1}{2}$ сант. ширины и 4 сант. толщины. Время извержения их из матки может колебаться в значительных пределах, — в случае *Таканаки*, напр., кусок вышел лишь через 2 месяца после родов, а в случае *Цур-Мюлена* — на 17-й день. Смертность при metritis dissecans *Бекман* определяет в 27,5%, в терапии настоятельно советует выжидательный образ действий, предостерегая против внутриматочных промываний и особенно против попыток насильственного удаления кусков из матки.

Сутугин. Мед. Отч. СПб. Род. Зав. за 1840-1871 гг. СПб. 1872. — *Сыромятников*. Первые 2 сл. отслаивающего воспаления матки. Вр. 1880. — *Кубасов*. Отслаивающий эндометрит. В.-М. Ж. 1882. — *Исполатовская*. Perimetritis dissecans р. р. Вр. 1884. — *Грамматикати*. О частичн. омертвлении матки в послер. периоде в связи с развитием в ней бактерий. Р. Мед. 1885. — *Троянова*. К каз. частичного омертвления матки после родов. Р. Мед. 1885. — *Грамматикати*. К вопросу нарывах матки. Вр. 1886. — *Пишевский*. О рассекающем послерод. воспалении матки. Реф. Вр. 1894. — *Вайнштейн*. Отч. Ж. А. 1897. — *Добберт*. Отч. по гин. отд. Петроп. Б. за 1896 г. Ж. А. 1897. — *Бекман*. Два сл. metritis dissecans. Ж. А. 1897. — *Бекман*. Послер. омертвление матки. Вр. 1900. — *Дашкевич*. К вопросу об отслаивающем воспалении матки. Ж. А. 1900. — *Полканов*. Сл. послерод. отслаивающего воспаления матки. Р. Вр. 1902. — *Цур-Мюлен*. Сл. metritis dissecans. Ж. А. 1903. — *Таканаки*. Сл. metritis dissecans. Вр. Г. 1914. — *Сицинский*. Демонстр. преп. metritis dissecans. V Межд. С. А.

Пуэрперальный сальпинго-оофорит. Сравнительно нередко пуэрперальная инфекция локализуется в маточных придатках, вызывая воспаление *Fallopie'*евых труб — сальпингит и воспаление яичников — оофорит. Воспаление это — в отличие от того, что мы наблюдаем обычно при послеродовой гоноррее, — чаще бывает односторонним, причем как труба, так и яичник той или другой стороны поражаются совместно, давая в результате

заболевание, известное под общим названием сальпинго-оофорита или аднексита.

В большинстве случаев инфекция распространяется на придатки *per continuitatem*, — из полости матки возбудители ее проникают в канал трубы, инфицируя ее слизистую оболочку, а затем из трубы, чрез абдоминальное ее отверстие, проникают в яичник. При этом, так как между абдоминальным концом трубы и яичником находится отдел брюшины, то возбудители сепсиса проникают по пути и в эту последнюю, вызывая местное ее воспаление — периметрит или, точнее говоря, периаднексит (перисальпингит и периоофорит). Может, повидимому, пуэрперальная инфекция распространяться на маточные придатки и обратным путем, — сначала инфицируется из матки, через посредство лимфатических путей, брюшина, а затем уже из полости брюшины инфекция одновременно переходит, с одной стороны, в трубу, чрез абдоминальное ее отверстие, а с другой на яичник. Наконец, возбудители пуэрперального сепсиса из полости матки могут быть непосредственно занесены по лимфатическим путям в стенку трубы или яичник (как известно из анатомии, лимфатические сосуды верхней части тела матки идут общим пучком с таковыми же сосудами придатков); в этом случае может оказаться изолированно пораженным яичник, труба же остаться целою.

Так или иначе возникает пуэрперальный сальпинго-оофорит, — во всяком случае для понимания клинической картины этой болезни важно помнить, что септическое воспаление маточных придатков, — как, впрочем, и гонорройное, — всегда сопровождается воспалением окружающей брюшины. В острой стадии болезни картина последнего и маскирует картину самого сальпинго-оофорита, затрудняя тем диагноз. Обыкновенно мы распознаем воспаление придатков матки на основании данных, получаемых путем пальпации; в самой начальной фазе болезни прощупывание пораженных придатков является совершенно невозможным, благодаря той болезненности, с которой оно сопряжено вследствие поражения окружающей брюшины, а в дальнейшей — их не позволяет прощупать образующийся кругом их, на почве того же воспаления брюшины, осумкованный брюшинный выпот. Только по локализации — сначала наи-

большей болезненности, а потом экссудата — в том месте, где обычно лежат маточные придатки, т. е. сбоку и сзади от матки, мы можем догадаться, что в основе болезни кроется септический процесс в трубе и яичнике. Лишь впоследствии, когда экссудат рассосется, мы можем непосредственным прощупыванием убедиться, что имеем дело с воспалительными изменениями в маточных придатках.

Благодаря сопутствующему воспалению брюшины, окруженное бахромками абдоминальное отверстие трубы, в канал и стенки которой попали возбудители пуэрперального сепсиса, обыкновенно зарастает; маточный отрезок трубного канала, и без того чрезвычайно узкий, при воспалении выстилающей его мукозы также становится непроходимым; вследствие этого отделяемый трубными стенками воспалительный выпот, не находя себе оттока, скопляется внутри трубы и растягивает ее в более или менее об'емистый сактосальпинкс — или с серозным (гидросальпинкс), или, еще чаще, с гнойным содержимым (пиосальпинкс). Сактосальпинкс этот представляется обычно в виде грушевидной опухоли туго-эластической консистенции, узким своим концом отходящей от угла матки, а широким расположенной позади и несколько сбоку от этого органа. Инфицированный яичник также значительно увеличивается в своем об'еме, сохраняя свою округло-продолговатую форму. Нередко в паренхиме его образуются одиночные или множественные гнойники различной величины (pyoovarium), излюбленным местом развития которых являются полости желтых тел. Измененный таким образом яичник обычно бывает окружен воспалительными брюшинными отложениями, спаян с трубой, и оба органа вместе фиксированы в том или другом из задних квадрантов малого таза, где и могут быть прощупаны в виде т. наз. воспалительной опухоли придатков.

Терапия пуэрперального сальпинго-оофорита в острой его стадии такова же, как и терапия острого периметрита, т. е. мы применяем здесь покой, лед на нижнюю часть живота больной и наркотики подкожно, per os или в суппозиториях. По минувании острой стадии постепенно вступает в свои права рассасывающее лечение в форме горячих влагалищных спринцеваний, согревающих компрессов, ванн и пр., а при неуспехе его можно

подумать об оперативном лечении. Подробнее вопрос этот будет разобран нами в курсе гинекологии.

Бурлаков. К вопр. о дифф. распознавании послеродовых сальпингитов и сальпинго-оофоритов. Вр. В. 1904.

Послеродовое воспаление брюшины (периметрит, тазовый перитонит, общий перитонит). При разборе вопроса о пуэрперальном сальпинго-оофорите было уже указано, что



Рис. 729. Распространение инфекции по лимфатическим путям стенки тела матки при периметрите (по Витт'у).

возбудители послеродового сепсиса через канал трубы могут попасть в брюшную полость и вызвать воспаление брюшины, но могут инфицировать последнюю и прямо из матки, чрез посредство лимфатических путей. В том и другом случае могут возникнуть как местный, ограниченный перитонит, известный под названием периметрита и пельвеоперитонита (тазового перитонита), так и общее воспаление всей брюшины. При этом, если брюшина инфицируется через трубы, то сравнительно чаще бывает местное ее воспаление, так как абдоминальное отверстие трубы скоро зарастает, и дальнейшее поступление инфекции чрез него прекращается, результатом же инфекции брюшины

прямо из матки, по лимфатическим путям, относительно часто бывает общий, прогрессирующий перитонит.

Клинически периметрит из всех местных послеродовых болезней дает наиболее бурные припадки. Болезнь начинается обычно быстрым и весьма значительным (до 40° С. и выше) повышением температуры, сопровождающимся знобом и значительным учащением пульса. Больные жалуются на жестокие боли или в области матки, или, еще чаще, в области маточных

придатков, распространяющиеся на всю нижнюю часть живота, живот у них представляется вздутым, крайне чувствительным иногда даже к простому прикосновению, стул и газы являются задержанными, наблюдаются тошнота и рвота. Через 1—2 дня t° начинает спадать, и припадки ослабевают. Одновременно с этим воспалительный экссудат, образовавшийся в брюшине и ранее бывший свободным, осумковывается и начинает прощупываться в виде туго-эластической опухоли, расположенной или прямо сзади от матки, или сзади и несколько сбоку, вокруг маточных придатков.

Судьба этого экссудата в дальнейшем бывает различна. Иногда он рассасывается, но обыкновенно небесследно, — на месте его остаются брюшинные спайки или в заднем *Douglas*-овом кармане, или вокруг придатков. В первом случае спайки эти, сморщиваясь под влиянием рубцового из-



Рис. 730. Стрептококки в лимфатических путях маточной стенки (по Bumm'y).



Рис. 731. Схема расположения экссудата при периметрите (по Fehling'y).

менения соединительной ткани, из которой они состоят, притягивают матку или *in toto* кзади (*retropositio uteri*), или только тело этого органа (*retroversio et retroflexio uteri fixata*). Спайки, образовавшиеся вокруг придатков, с одной стороны фиксируют их, лишая нормально свойственной им подвижности, с другой — серьезно нарушают их функции (зарощенная труба лишается возможности выполнять свое прямое назначение быть яйцепроводом, окружающие яичник сращения расстраивают овуляцию и связанную с нею внутреннюю секрецию его); кроме того, сморщиваясь, они характерным образом смещают матку — туда, где лежат придатки, т. е. вбок кзади; по такому положению матки (*retropositio, retroversio* или *retroflexio* и одновременно *lateropositio* или *lateroversio uteri*) мы долгое еще время спустя можем догадаться, что больная перенесла периметрит или, точнее, периаднексит.

В некоторых случаях, далее, где в осумковавшемся выпоте содержится более значительное количество микробов, он может постепенно делаться из первоначально серозного или серозно-фибринозного гнойным. Такое нагноение периметритического экссудата обычно нетрудно бывает диагностировать при наблюдении за больной: вместо того, чтобы, при соответствующем лечении, рассасываться и уменьшаться в своем объеме, осумкованный экссудат сохраняет прежние размеры, даже увеличивается; одновременно с тем лихорадка, несколько, было, спавшая у больной, вновь появляется, причем имеет характерный „нагноительный“ тип (с большими ремиссиями). Нагноившийся выпот в дальнейшем обнаруживает обыкновенно склонность вскрыться. Излюбленным местом его вскрытия является прямая кишка, причем угрожающее вскрытие сказывается обыкновенно тенезмами в ней и нередко явлениями слизистого колита (значительная примесь слизи к испражнениям). Реже нагноившийся периметритический экссудат вскрывается в пузырь, что сказывается резкой пиурией, в рукав или даже в брюшину; в последнем случае дело оканчивается общим перитонитом.

Терапия пуэрпериального периметрита в острой его стадии, пока имеется лихорадка, заключается в строгом покое больной, применении пузыря со льдом на низ живота и наркотиках морфий подкожно, опий в суппозиториях и пр.). Когда затем

t° делается нормальной, и образуется осумкованный выпот, то для ускорения его рассасывания применяют резорбирующее лечение — горячие (в 38° — 40° R.) спринцевания, согревающие компрессы на живот из воды или спирта, тампоны с ихтиол-глицерином в рукав, общие или сидячие ванны и т. п. После рассасывания экссудата, когда на месте его образуются лишь спайки, фиксирующие яичник и трубу и смещающие матку, наилучшие услуги оказывает гинекологический массаж. Наконец, если выпот обнаружит признаки нагноения, то необходимо вскрыть его — лучше всего через задний свод (per colpotomiam posteriorem), введя затем в опорожненную полость дренаж из стерильной марли.

Так как под брюшиною всюду находится слой клетчатки, то воспалительные процессы в брюшине обычно сопровождаются известною степенью воспалительной реакции со стороны клетчатки. В виду этого некоторые гинекологи считают за правило — никогда не ставить диагноза периметрита или параметрита, а при всех воспалениях как тазовой брюшины, так и тазовой клетчатки квалифицируют заболевание названием пери-параметрита. Это, однако, по моему мнению вряд-ли правильно, да нецелесообразно и с чисто практической точки зрения.

Если припадки, характеризующие острую стадию воспаления брюшины у родильницы, по истечении 1—2 дней не обнаруживают наклонности ослабевать, — если t° продолжает оставаться на высоких цифрах, пульс становится все чаще и чаще, метеоризм и боли в животе усиливаются, рвота не прекращается, причем рвотные массы приобретают цвет кофейной гущи, силы больной быстро падают, появляется похолодание конечностей, кожные покровы приобретают желтушную окраску и пр., то мы имеем пред собою уже не периметрит, а общий перитонит.

Согласно сказанному выше болезнь эта возникает чаще, благодаря распространению возбудителей пуэрперального сепсиса, — главным образом стрептококков, — по лимфатическим путям, притом идущим из полости тела матки (которые, в отличие от лимфатических сосудов шейки, пробегают непосредственно под брюшиной).

Диагностировать ее легко уже по той характерной клинической картине, которая сейчас описана. Необходимо только иметь в виду, что иногда именно стрептококковый перитонит протекает при таких явлениях; которые могут обмануть поверхностного наблюдателя: боли в животе бывают выражены слабо, живот представляется втянутым, больные проявляют замечательную эйфорию, ни на что не жалуются, говорят о близком выздоровлении и пр., — а между тем быстрое ослабление сердечной деятельности, поверхностное, частое дыхание, возрастающее похолодание конечностей, не прекращающаяся рвота темно-коричневыми массами и пр. — показывают, что они находятся на пороге смерти.

Прогностика пуэрперального септического перитонита чрезвычайно неблагоприятна, — тем более, что он почти всегда сопровождается наводнением микробами всей кровеносной системы. Обыкновенно болезнь имеет смертельный исход, иногда уже по истечении 3—4 дней.

Для лечения в новейшее время предложено оперативное вмешательство — или в форме влагалищной экстирпации пуэрперальной матки, являющейся при данной болезни первичным источником инфекции, или в форме вскрытия брюшной полости с последующим удалением имеющегося в ней экссудата и дренированием ее. Вскрытие это рекомендуется производить в нескольких местах, соответственно тем участкам брюшной полости, где особенно скопляется выпот. Такими участками являются, с одной стороны, обе поясничные области, с другой — задний *Douglas'*ов карман. Последний вскрывается *per vaginam*, поясничные же области — *per abdomen*; кроме того при этом делается обыкновенно разрез и по *l. alba*. Через указанные разрезы удаляется, лучше сухими компрессами, по возможности весь выпот, затем в эти участки закладываются дренажи или из стерильной марли, или из толстых резиновых трубок. Результаты подобного лечения впрочем далеко нельзя назвать ободряющими, — этим путем удается иногда спасти больных лишь в тех случаях, где операция предпринимается в самом начале болезни; но в это время трудно бывает определить, ограничится ли у роженицы дело местным воспалением брюшины, при котором оперативное вмешательство в описанных

формах является излишним, или разовьется общий перитонит. В виду этого оперативное вмешательство при пуэрперальном перитоните применяется в практике очень редко; в огромном большинстве случаев приходится ограничиваться неоперативными мероприятиями, которые будут разобраны нами ниже, когда пойдет речь о лечении родильной горячки.

Александров. Послеродовое воспаление брюшины. Др. З. 1836.
— *Левестам.* Metrorrhagia et peritonitis puerperalis. М. Вр. Ж. 1847. — *Соловьев.* Peritonitis tuberculosa et septica. Ж. А. 1890.



Рис. 732. Распространение инфекции по лимфатическим путям стенки цервикального канала при параметрите (по Вимм'у).

Послеродовое воспаление тазовой клетчатки (параметрит, флегмона тазовой клетчатки, paravaginitis phlegmonosa). Подобно многим случаям воспаления брюшины у родильниц пуэрперальное воспаление тазовой клетчатки возникает большей частью путем перехода инфекции по лимфатическим путям, но только здесь исходным пунктом инфекции является обычно не *savum uteri*, а цервикальный канал. Как известно, стенки последнего во время акта родов весьма нередко подвергаются надрывам, которые и могут служить воротами для внедрения заразы; проникши в них, возбудители

сепсиса распространяются затем по лимфатическим сосудам шейки, заложенным в тазовой клетчатке, и в результате последняя инфицируется, что сопровождается воспалительной ее реакцией. Реже окружающая маточную шейку клетчатка инфицируется непосредственно, что бывает при сквозных разрывах шейки и при глубоких надрывах наружного зева, распространяющихся до влагалищных сводов.

Так как лимфатические сосуды маточной шейки главным образом проходят в той клетчатке, которая заложена в осно-



Рис. 733. Схема расположения экссудата при параметрите (по Fehling'у).

ваниях широких связок, и так как надрывы шейки при родах наблюдаются обыкновенно в боковых стенках цервикального канала, то здесь именно, по бокам от шейки, непосредственно над боковыми сводами рукава, и локализуется большею частью воспаление. Реже местом его локализации являются верхние отделы широких связок, ретроцервикальная клетчатка, клетчатка, расположенная между шейкой и пузырем, и клетчатка, выполняющая *cavum praeperitoneale Retzii*, причем в первом случае инфекция исходит обыкновенно не из цервикального канала, а из полости тела матки.

Раз начавшись в каком-либо из перечисленных отделов тазовой клетчатки, воспаление может затем распространяться и на другие отделы последней. Из оснований широких связок процесс легко переходит на пузырно-шеечную клетчатку и клетчатку, заложенную в задне-боковых отделах таза, из верхних частей широких связок — в области подвздошных ямок, из ретроцервикальной клетчатки — в клетчатку, заложенную в *Douglas*овых складках и в *septum recto-vaginale*, из пузырно-шеечного отдела клетчатки — в околопузырные ямки, из *cavum Retzii* — на подбрюшинную клетчатку передней брюшной стенки. Чаще всего, однако, при пuerперальном параметрите с исходом в нагноение имеет место распространение процесса из боковых

параметриев, мимо мочевого пузыря, по направлению к *Poupart'*-овым связкам.

Клиническая картина пуэрперального параметрита является гораздо менее бурною, чем картина периметрита. Лихорадка обыкновенно бывает не так высока, учащение пульса менее значительно, болевые ощущения бывают выражены, особенно вначале болезни, слабо, общее состояние больных страдает мало. При исследовании через рукав у родильниц уже очень рано можно бывает определить экссудат, который, в отличие от периметритического экссудата, располагается обычно сбоку от матки, между ребром последней и боковой стенкою таза, над боковым влагалищным сводом. Экссудат первоначально представляется наощупь тестоватым, впоследствии же — более плотным.

Дальнейшая судьба этого экссудата, как и при периметрите, бывает различна. Иногда он рассасывается, причем, однако, на месте его развивается рубцовое сморщивание параметральной клетчатки, притягивающую матку в ту сторону, где локализовалось заболевание. В других случаях он оплотневает, превращаясь в массу почти костной твердости. Такой оплотневый экссудат может оставаться, не обнаруживая никакой склонности к рассасыванию, в течение многих месяцев и годов, причем он нередко вызывает целый ряд расстройств чисто механического происхождения: сдавливая тазовые нервы, производит боли, сдавливая мочеточники, может повести к гидронефрозу и пр. Иногда, однако, присутствие такого оплотневшего экссудата переносится больными замечательно хорошо; мне приходилось наблюдать женщин, у которых весь малый таз был выполнен таким оплотневшим экссудатом, — и однако на особенные расстройства они не жаловались.

Во многих случаях, далее, образовавшийся в тазовой клетчатке экссудат впоследствии нагнаивается. Происходит это обыкновенно довольно поздно — на 3-ей или даже на 4-ой неделе после начала заболевания. Нагнаивающийся экссудат изменяет свою консистенцию, — из плотного он становится более мягким, а затем начинает представлять явление флюктуации. Вместе с тем характерным образом меняется и тип лихорадки, которая становится резко ремиттирующей. Нагнаившийся

параметритический экссудат, подобно периметритическому, может вскрываться в полые органы малого таза — прямую кишку, мочевой пузырь, рукав и пр., большею частью, однако, он пробивается к передней брюшной стенке и вскрывается над *Poupart*'овой связкой.

В отдельных случаях поражение тазовой клетчатки, уже сравнительно рано приобретая гнойный характер, быстро охватывает не только различные отделы этой ткани, расположенные в малом тазу, но и поднимается в большой таз, — по ретроперитонеальной клетчатке, напр., нагноение распространяется до почек и т. д. Подобная флегмона тазовой клетчатки в узком смысле этого слова дает обыкновенно очень дурное предсказание *quo ad vitam*, тогда как прогностика ограниченного параметрита даже при нагноении экссудата является обычно благоприятною.

К этому типу пуэрперальных заболеваний тазовой клетчатки может быть отнесен также т. наз. *paravaginitis phlegmonosa dissecans*, при котором инфекция — обыкновенно стрептококковая, — проникши в паравагинальную клетчатку, вызывает разлитое нагноение ее так, что, в конце концов, весь рукав оказывается окруженным гноем. При таких условиях вся влагалитная трубка омертвевает и иногда целиком отторгается, причем на месте ее образуется сначала канал со стенками из грануляционной ткани, а затем рубцовый тяж, заключающий внутри ход, через который с трудом можно бывает провести маточный зонд. В акушерской литературе описаны случаи, где у таких больных все же наступала беременность; разумеется, единственно возможным способом родоразрешения является здесь кесарское сечение.

Лечение пуэрперального параметрита в общем должно проводиться по тем же правилам, как и лечение послеродового периметрита, т. е. в острой стадии болезни, пока больные лихорадят, применяются покой, лед на живот, в случае наличия болей — наркотики и пр., когда же t^0 понизится до нормы, эти лечебные меры сменяются направленными на скорейшее рассасывание экссудата (согревающие компрессы на живот, горячие спринцевания, ванны и т. п.). Особенно энергично

приходится проводить резорбирующее лечение в случаях стойкого оплотнения параметритического экссудата; здесь, кроме перечисленных сейчас средств, уместными являются грязевые ванны, массаж, лечение тяжестью и пр. При нагноении экссудата следует вскрыть полость гнойника или со стороны рукава, или через брюшные стенки, стараясь, конечно, не попасть в свободную брюшную полость. Наконец, если у женщины, перенесшей параметрит, остаются рубцовые тяжи в параметральной клетчатке, обуславливающие смещение матки, то наилучшие результаты дает методическое растяжение этих тяжей при помощи гинекологического массажа.

Сутугин. Сл. околомат. флегмон. воспаления. Пр. О. Р. В. 1867-8. — *Сердюков.* Клин. наблюдения над умер. формами воспаления околом. клетчатки в посл. периоде. М. Вр. В. 1874-75. — *Муратов.* Сл. послерод. абсцесса и пр. М. М. Г. 1877. — *Миллер.* Сл. послер. параметрита и пр. Там же. — *Львов.* Заворот кишек при послер. параметрите. Вр. 1894. — *Данци.* К каз. послер. заболеваний. Еж. 1896.

Phlegmasia alba dolens. Из данных топографической анатомии мы знаем, что тазовая клетчатка в четырех местах сообщается с клетчаткой нижних конечностей и в том числе — по ходу больших бедренных сосудов. Вследствие этого в некоторых — довольно редких — случаях параметрит распространяется на область внутренней поверхности бедра (бедренный треугольник), вызывая здесь отечное припухание клетчатки и болезненность, а иногда и нагноение. У старых авторов эта форма воспаления клетчатки была известна под названием *phlegmasia alba dolens*. Более поздние авторы присвоили это название совершенно другому заболеванию, а именно, отеку нижних конечностей вследствие закупорки бедренных и тазовых вен.

До сих пор еще не решен вполне вопрос, на какой почве развивается эта закупорка. Одни исследователи убеждены, что тромбы в бедренных венах у родильниц во всех случаях без исключения возникают в связи с воспалением стенки этих сосудов микробного происхождения (тромбофлебит); при этом воспаление может быть вызвано или септическими, патогенными микробами, — и тогда закупорка вен является одним из проявлений пuerперальной пиэмии, или же оно вызывается непато-

генными, сапрофитными микроорганизмами, гнездящимися на *intima* вен, — тогда возникает доброкачественный тромбоз, ограничивающийся лишь венами нижней конечности. Другие исследователи полагают, что, наряду с тромбозом микробного происхождения, имеющим в основе своей инфекционный тромбофлебит, существуют и случаи асептического тромбоза вен, возникающего без всякого участия микробов под влиянием таких этиологических моментов, как замедление тока крови, повышенная свертываемость ее и т. п. Клинические наблюдения говорят скорее в пользу этого второго взгляда, так как иногда тромбоз вен нижних конечностей совершенно не сопровождается лихорадкой; да и самый факт образования тромбов почти всегда в венах той или другой нижней конечности, притом преимущественно левой (в которой отток венозной крови встречает большие затруднения, чем в правой, так как *vena iliaca communis sinistra* впадает в нижнюю полую вену под большим углом, чем соответственная вена правой стороны), может быть проще всего истолкован именно с точки зрения возможности происхождения тромбов, в некоторых случаях, без всякого участия микробов.

Обнаруживается закупорка вен нижних конечностей обыкновенно не ранее второй недели после родов, в первую же неделю пуэрперальный период может протекать, повидимому, совершенно нормально. Лишь в некоторых случаях, где тромбоз развивается на почве инфекционного тромбофлебита, ему могут предшествовать лихорадочные колебания температуры, а иногда, при нормальной t^0 , замечается ступенеобразное учащение пульса, — частота его с каждым днем повышается на несколько ударов („Kletterpuls“ *Mahler*'a). Первым симптомом наступившей закупорки является болезненность в области бедренного трехугольника, ощущаемая родильницами при движениях ноги, а также при давлении по ходу бедренных вен; иногда, как я заметил, болезненность впервые появляется в лядвях. В дальнейшем боли усиливаются, и появляется отек ноги, начинающийся с лодыжек и постепенно поднимающийся все выше и выше. В конце концов вся конечность сильно опухает, становясь иногда в несколько раз толще другой, здоровой конечности; кроовы ее становятся напряженными, бледными, как мрамор,

причем на этой мраморной белизне особенно резко вырисовываются синие полосы венозных коллатералей. Температура тела больной во время появления отека иногда значительно повышается, иногда же, как сказано выше, остается нормальной, но пульс всегда представляется учащенным.

В общем разбираемое заболевание имеет весьма медленное течение, — проходят недели прежде, чем боли и отек начнут уменьшаться, причем даже и тогда, когда они совершенно исчезнут, и больная будет в состоянии пользоваться пораженной конечностью, явления отека могут возвращаться, если женщина слишком много ходит, слишком долго останется в стоячем положении и т. п.

В тех случаях, где тромбофлебит нижней конечности является одним из проявлений пуэрперальной пиэмии, прогнозика его, конечно, является очень серьезной, при асептическом же и вообще изолированном тромбозе предсказание, при рациональной терапии, можно назвать вполне благоприятным. Опасность болезни здесь кроется в том, что части тромба, под влиянием чисто механических причин, могут оторваться и, попав в поток кровообращения, вызвать эмболию, напр., легочной артерии. В виду этого первым правилом, которое должно быть строго соблюдено при данном заболевании, является безусловный покой. Пораженная конечность во всю длину обертывается в согревающий компресс и укладывается в несколько приподнятом положении на подушку. Всякие движения ею должны быть категорически запрещены. Лишь по истечении нескольких недель, когда об'ем конечности вполне возвратится к норме, и боли при давлении совершенно исчезнут, больной можно разрешить, в строгой постепенности, сначала двигать конечностью и сгибать ее, а затем спустить с постели, причем нога должна быть туго забинтована, наконец, — ходить. Однако и потом пациентка долгое время должна беречь больную ногу, не должна долго ходить или стоять, при сидении должна держать ногу вытянутою в горизонтальном направлении или полуспущенною, а главное — должна продолжать бинтовать ее или носить резиновый чулок. Массаж конечности можно применять только тогда, когда тромб прочно организуется, и всякая опасность эмболии исчезнет.

Парникель. Белая бедр. бол. опухоль у рожениц. Др. З. 1844. — *Тоназ.* О посл. закупоривании вен нижн. конечностей. Дисс. М. 1863. — *Орбант.* Phlegmasia alba dolens etc. Ж. А. 1898. — *Либов.* К уч. о послер. закупорке мат. вен. Вр. 1901. — *Керсновский.* Phlegmasia alba dolens puerperalis верхних конечностей. Вр. Г. — *Тирютин.* Сл. послер. множ. тромбофлебита. Вр. Г. 1915. — *Цур-Мюлен.* К вопр. о послерод. тромбозе и эмболии. Ж. А. 1915. — *Унгер.* К вопр. о тромбофлебите в послер. периоде. Ж. А. 1916.

Родильная горячка. Некоторые из новейших авторов, производя бактериологическое исследование крови у больных родильниц, могли обнаружить в ней присутствие микробов даже и в тех случаях, где заболевание клинически носило местный характер, и где притом возбудителями его были не пиогенные, напр., кокки, а сапрофиты. Однако при местных пуэрперальных заболеваниях бактериэмия имеет место лишь короткое время, — скоро микробы уничтожаются мобилизованными силами всего организма и перестают обнаруживаться в кровеносной системе. Если, напротив, возбудители пуэрперального сепсиса из класса паразитов, наводнив через посредство кровеносной системы весь организм родильницы, не только стационарно остаются здесь, но и размножаются, то мы вправе говорить об общей пуэрперальной инфекции организма, о родильной горячке в тесном смысле слова.

Возникая под влиянием заражения организма различными микробами, вирулентность которых может притом значительно варьировать, и которые, кроме общей инфекции и интоксикации организма больной, дают еще целый ряд местных процессов в разных органах, родильная горячка в отдельных случаях может представлять крайне разнообразную клиническую картину. Обыкновенно различают, однако, две главных клинических разновидности ее — пуэрперальную септицэмию и пуэрперальную пиэмию.

Обе эти формы вызываются одними и теми же микробами, среди которых на первом плане стоят септические стрептококки, заносимые притом в половой канал родильницы преимущественно извне, но в патогенезе пуэрперальной пиэмии большую роль, повидимому, играют и другие микробы кроме стрептококков. Наиболее, однако, существенная патогенетическая раз-

ница между обеими формами заключается в способах распространения при них микробов по организму и путях, по которым совершается это распространение. При пuerперальной септицемии микробы, — в громадном большинстве случаев стрептококки, — иногда непосредственно по кровеносным путям, иногда — сначала по лимфатическим, непрерывно поступают в кровеносную систему, где живут и размножаются в циркулирующей крови. При пuer-



Рис. 734. Распространение инфекции по тазовым венам при пuerперальной пиэмии (по Витт'у).

Инфицированные тромбы в венах изображены густо-черным цветом. 1 — V. Spermatica int. 2 — V. iliaca communis sin. 3 — V. iliaca ext. 4 — V. hypogastrica sin. 5 — Vv. uterinae.

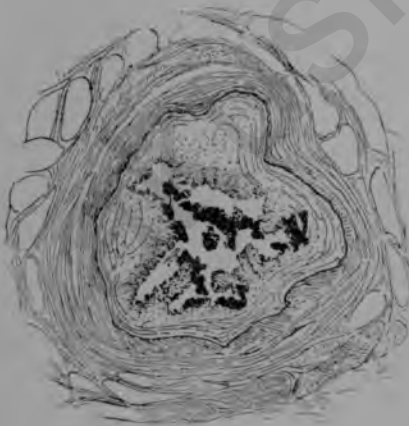


Рис. 735. Размягчение тромба при септическом тромбофлебите гезр. пuerперальной пиэмии (по Витт'у).

ерперальной пиэмии путями распространения инфекции являются вены; проникши в них и внедрившись во внутреннюю оболочку их стенки (intima), микробы вызывают реактивное воспаление этой оболочки с образованием тромбов (тромбофлебит); образовавшиеся тромбы могут затем под влиянием тех же микробов и вступающих в борьбу с ними лейкоцитов нагнаиваться и разпасться, и инфицированные куски их могут потоком крови заноситься в различные

органы тела, давая таким образом метастатические фокусы инфекции.

Указанной сейчас патогенетической разнице между обеими формами общего пуэрперального сепсиса соответствует разница и в клинической картине. Прежде всего пуэрперальная септицемия обнаруживается обыкновенно раньше, чем пуэрперальная пиэмия, — тогда, когда в кровеносных и лимфатических путях стенок полового канала не успели еще образоваться достаточные преграды для внедрения инфекции, т. е. нередко уже на 1-й день после родов, иногда — на 2-й и обыкновенно не позже 3-го; напротив, пиэмическая форма родильной горячки проявляется обычно в конце 1-й или в начале 2-й недели после родов.

Далее, температурная кривая в типичных случаях той и другой формы родильной горячки представляет резкую разницу. При пуэрперальной септицемии t^0 , быстро поднявшись до высоких цифр (40° и выше), вследствие непрерывного посту-

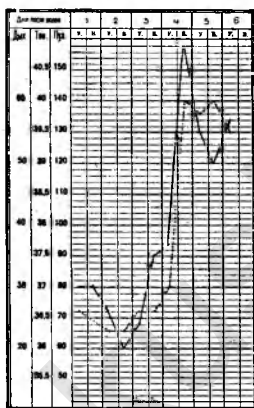


Рис. 736. T^0 и пульсовая кривая в начале пуэрперальной септицемии.

V — вага с нормальным та-
зом; была исследована зна-
харкой: двойни, placenta praevi-
marginalis; на 4-й день
после родов была вприснута
сначала антистрептококковая
сыроватка, потом электрар-
гол; исследование крови об-
наружило в ней наличие
стрептококков; на 6-й день
родильница в безнадежном
состоянии была взята
родными.

пления инфекции в кровь держится на этих цифрах без ремиссий, — получается кривая похожая на кривые при некоторых формах тифа; для пуэрперальной же пиэмии характерны кратковременные повышения t^0 до высоких цифр, перемежающиеся промежутками, во время которых t^0 падает иногда до нормы, т. е. лихорадка имеет интермиттирующий тип, благодаря прерывистому поступлению инфекционных начал в кровь, и кривая ее похожа на кривую при малярии. Следует отметить также, что у больных с септицемией t^0 до начала болезни держится обычно на нормальных цифрах, у пиэмических же родильниц представляет небольшие лихорадочные повышения, и что пароксизмы лихорадки при обеих формах сопровождаются обычно потрясающими знобами, а падения t^0 при пиэмической форме — сильными потами.

Температурной кривой у больных родильной горячкой до известной степени соответствует пульсовая кривая. При пuerпeральной септицэмии вместе с повышением t^0 быстро учащается и пульс, иногда сразу поднимаясь до 120—130 и более ударов в минуту; в дальнейшем учащение пульса продолжает возрастать, причем он становится все более и более слабым. При пиэмиической форме родильной горячки пароксизмы лихорадки также сопровождаются весьма значительным учащением пульса, хотя и в меньшей мере, чем при септицэмии, в промежутках же между пароксизмами пульс становится реже, не достигая, однако, даже и при понижении t^0 до нормы, нормальной частоты.

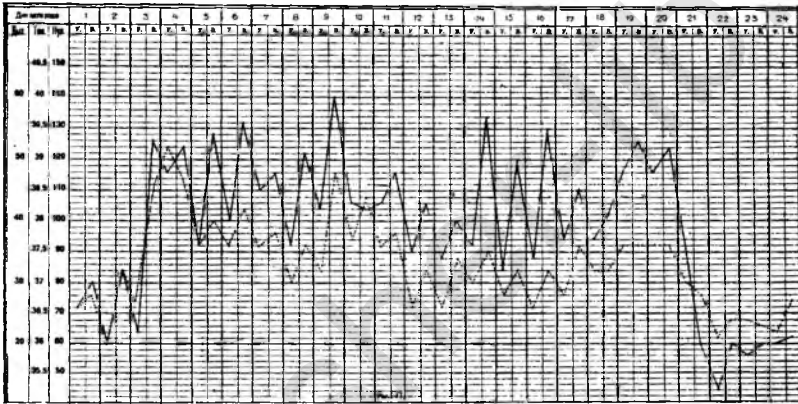


Рис. 737. T^0 и пульсовая кривая при родильной горячке преимущественно пиэмиического типа. V — вага с нормальным тазом; роды нормальные, легкие; болезнь началась на 3-й день после родов, потрясающим знобом и быстрым повышением t^0 , которая на другой день упала почти до нормы, причем падение сопровождалось сильным потом: такие пароксизмы повторялись потом еще 8 раз, до 21-го дня, когда t^0 критически упала до „субнормальных цифр“ и наступило выздоровление; местно у родильницы наблюдались поражения легких, почек и суставов конечностей, а также вритематозная сыпь на коже; применялось энергичное лечение антистрептококковой сывороткой (введена после первого и второго пароксизмов) и электрарголом (вводится после следующих приступов).

Общее состояние больных при септицэмиической форме страдает гораздо больше, чем при пиэмиической, — уже очень рано развиваются быстро прогрессирующая слабость, бессонница, отсутствие аппетита, помрачение сознания и пр. При пиэмиической форме в первое время заболевания общее состояние больных в промежутки между пароксизмами, напротив, представляется вполне удовлетворительным, и лишь при дальнейшем течении болезни начинает ухудшаться. Впрочем, если об

общем состоянии больных судить исключительно по их самочувствию, то и при септицемии последнее иногда не оставляет желать лучшего, — в отдельных случаях больные проявляют замечательную эйфорию, ни на что не жалуются, довольно хорошо спят, обнаруживают известный аппетит, а между тем прогрессирующий упадок сердечной деятельности свидетельствует, что их состояние вовсе не так хорошо, как им кажется.

Из местных процессов при пуэрперальной септицемии следует на первом плане поставить общий септический перитонит, свойственные которому припадки и доминируют, в таких случаях, в клинической картине болезни. Что касается пуэрперальной



Рис. 738. Кусок сердечного клапана при септическом эндокардите (по Вунт'у). Инфицированные участки клапана изображены густо-черным цветом.

ной пиэмии, то здесь могут иметь место метастатические поражения самых разнообразных органов. Из внутренних органов особенно часто поражаются легкия, заболевание которых сказывается кашлем с кровянистою мокротой, а иногда болями в плевре; затем идут почки, метастатическое поражение которых ведет к альбуминурии, гэматурии и т. п. Относительно нередко, далее, наблюдаются при пиэмии метастазы в суставах, в том числе и тазовых. Самым тяжелым осложнением пуэрперальной пиэмии, — осложнением, при котором смертельный исход бывает почти неизбежным, — является, однако, септический эндокардит.

Из числа других метастатических процессов, встречающихся при пиэмической форме родильной горячки, надобно отметить гнойный панофтальмит, случаи которого в русской

печати были описаны *Стржеминским, Лосковым, Паперном* и др.

Относительно состояния половой сферы при родильной горячке важно иметь в виду, что особенно при септицемии здесь иногда нельзя бывает открыть никаких отклонений от нормы: обратное развитие матки совершается правильно, лохии имеют, повидимому, нормальный характер и пр.; в других случаях данной формы у родильницы имеются налицо признаки септического эндометрита. Чаще, повидимому, наблюдаются местные заболевания половой сферы при пиэмической форме, где, кроме эндометрита, иногда носящего гнилостный или, лучше сказать, смешанный характер, наблюдается и параметрит (а также, согласно сказанному выше, — *phlegmasia alba dolens*).

Различаясь между собою по клинической картине и течению, две главных формы родильной горячки различаются и в отношении прогностики. Пуэрперальная септицемия дает крайне неблагоприятный прогноз — особенно, если она осложняется септическим перитонитом, пиэмическая же форма родильной горячки, хотя также дает высокую смертность, однако допускает более благоприятное предсказание; лишь в тех случаях, где она осложняется эндокардитом, смертельный исход, как уже было упомянуто, является правилом.

В описанных сейчас типических формах родильная горячка проявляется далеко не во всех случаях. Скорее наоборот — в большинстве случаев в практике встречаются смешанные формы, известные под названием септико-пиэмии. Многие авторы различают, далее, с одной стороны острые формы как пуэрперальной септицемии, так и пуэрперальной пиэмии, характеризующиеся своею скоротечностью, с другой — хронические, при которых заболевание протекает более медленно. Если добавить сюда, что к явлениям, зависящим от общей инфекции и интоксикации организма, при родильной горячке примешиваются еще симптомы, обуславливаемые местным поражением различных органов, то станет понятным, до какой степени непостоянным, запутанным и неопределенным может быть симптомокомплекс, наблюдающийся в отдельных случаях этой болезни.

Даже такой симптом, как лихорадка, от которого данное заболевание и получило свое название, является при нем не абсолютно постоянным. *Каз*, напр., описал случай острой стрептококковой инфекции со смертельным исходом, где болезнь протекала при совершенно нормальной t° .

При таких условиях клиническая диагностика родильной горячки вообще и в частности отличительного распознавания ее от пуэрперальных заболеваний местного характера может представлять, понятно, громадные трудности даже для опытного врача-специалиста. В одном, повидимому, согласно большинство авторов, трактующих об этом вопросе, — что как в диагностике, так и в установке прогноза родильной горячки более важное значение имеет состояние пульса, чем температура. Однако, как я имел случай не раз убеждаться, и этот признак не всегда является вполне надежным. И диагноз, и прогноз здесь остается, стало быть, клинически ставить лишь на основании оценки всей совокупности имеющихся признаков и более или менее длительного наблюдения над больной, а также — путем исключения всех возможных других заболеваний.

Более ценные данные для диагностики и прогностики родильной горячки мы можем, казалось бы, получить путем бактериологического исследования или лохий больной, или ее крови. Но исследование лохий не дает ответа на самый важный в практическом отношении вопрос, — имеем ли мы пред собою в данном случае родильную горячку или местный пуэрперальный процесс. Что же касается бактериологического исследования крови, то для оценки получаемых этим путем результатов необходимо иметь в виду то, что нами было уже указано выше, а именно, что, с одной стороны, и при местных пуэрперальных заболеваниях иногда в крови больных можно бывает обнаружить возбудителей сепсиса, с другой же, — что иногда и при настоящей родильной горячке, особенно при пиятической ее форме, во время промежутков между пароксизмами, исследование крови может дать отрицательный результат. Лишь повторное, систематическое исследование в этом направлении в состоянии бывает дать точные ответы на вопросы диагностики и прогностики родильной горячки в затруднительных случаях.

Нам остается изложить основы лечения родильной горячки. Прежде, чем, однако, приступить к обзору собственно лечебных мер, рекомендуемых при данной болезни, остановимся на ее профилактике. Именно здесь, по справедливому замечанию одного из представителей современного акушерства, профилактика — это все, терапия же в тяжелых случаях — почти ничего. В чем должны заключаться наиболее действительные профилактические меры против родильной горячки, — это ясно из этиологии последней: как уже упоминалось выше, родильная горячка обыкновенно бывает результатом занесения заразы извне, с руками при исследовании и операциях, с инструментами, перевязочным материалом и пр. Отсюда все, что так или иначе приходит в соприкосновение с половым каналом рожениц, должно быть предварительно приведено в асептическое состояние; с инструментами, перевязочным материалом и пр. сделать это нетрудно; что же касается рук акушера, совершенно освободить кожу которых от микробов нет возможности, то они перед исследованием рожениц и акушерскими операциями должны быть приводимы хотя в относительно асептическое состояние, именно, освобождены от наиболее вирулентных, обыкновенно сидящих более поверхностно, микробов, а еще лучше надевать на них стерильные резиновые перчатки.

Строгое проведение правил асептики в акушерстве бесспорно является главным и наиболее действительным профилактическим средством против пуэрпериальных заболеваний вообще и родильной горячки в особенности. Так как предварительную ступенью родильной горячки является, далее, инфекция полости матки, то на следующем месте в деле профилактики родильной горячки надобно поставить рациональное лечение пуэрпериального эндометрита по правилам, указанным нами в своем месте. Наконец, как экспериментальные, так и клинические наблюдения многих авторов говорят, повидимому, в пользу применения с профилактическими целями антистрептококковых и т. п. сывороток и вакцин.

Хотя попытки *Шукевича* иммунизировать морских свинок против заражения стрептококками путем введения убитых культур этих микробов и дали отрицательный результат, однако эксперименты, напр., *Антоновского* показали, что

стрепто-стафилококковая вакцина *Wright's* оказывает несомненное профилактическое действие против заражения сепсисом, — правда, кратковременное. То же самое установлено рядом наблюдателей и для антистрептококковой сыворотки, причем с профилактическими целями последняя может быть применяема в гораздо меньших дозах, чем с лечебными; по *Вайнштейну*, напр., в целях профилактики можно ограничиваться введением 30 куб. сант. ее, тогда как с лечебными целями ее надо вводить не менее 60—90 куб. сант.

Что касается собственно лечения родильной горячки, то для него в различное время и различными авторами была предложена масса разнообразнейших способов. Уже самая многочисленность последних свидетельствует, однако, что вполне надежного средства для борьбы с развившеюся болезнью мы не имеем. Так как родильная горячка большею частью бывает стрептококкового происхождения, то казалось бы, что наилучшим средством против нее должна быть антистрептококковая сыворотка. И действительно, эксперименты на животных дали в этом отношении блестящие результаты (*Вайнштейн, Клитин*). Однако, когда сыворотку стали применять на больных, эффект ее оказался далеко не таким, на какой позволяли рассчитывать предварительные экспериментальные исследования. Правда, весьма многие авторы, применяя сыворотку, наблюдали от нее выздоровление больных даже в самых тяжелых случаях родильной горячки; наряду с этими наблюдениями имеются, однако, другие, где серотерапия давала лишь известное временное улучшение, или вовсе оставалась безуспешной.

Чем объясняется такая противоречивость результатов сывороточного лечения родильной горячки? Одни наблюдатели склонны объяснять неудачи слишком поздним применением сыворотки и недостаточностью вводимых доз ее; другие думают, что отсутствие эффекта в случаях применения антистрептококковой сыворотки зависит от того, что в этих случаях имел место не стрептококковый, а иной, напр., стафилококковый или смешанный, сепсис; третьи, наконец, вообще склонны отрицать за антистрептококковой сывороткой какое-либо специфическое действие. С этой последней точки зрения

интересно отметить, что *Шапиро, Розанов* и др. авторы получили очень хороший эффект от применения у больных родильной горячкой не антистрептококковой, а противудифтерийной сыворотки. Во всяком случае бактерицидными свойствами по отношению к стрептококкам антистрептококковая сыворотка не обладает; не свойственна ей и способность нейтрализовать или связывать стрептококковые токсины; повидимому, суть ее целебного действия кроется в т. наз. бактериотропном влиянии на стрептококков, благодаря которому последние легче делаются жертвами фагоцитов.

Несмотря на то, что антистрептококковая сыворотка не вполне оправдала возлагавшиеся на нее первоначально надежды, она остается первым средством, к которому следует прибегать при родильной горячке. При этом применение ее следует начинать возможно раньше, употребляя, кроме того, не слишком малые ее дозы, — не менее 50–100 куб. сант.

Есть основания ожидать хорошего терапевтического результата при родильной горячке и от применения стрептококковой вакцины. По крайней мере *Шереметинская* отмечает таковой при вакцинотерапии септико-пиэемических заболеваний, развивающихся после хирургических операций.

Уже с того времени, как выяснилась инфекционная натура родильной горячки, у многих зародилась мысль, нельзя ли убивать наводняющих организм возбудителей этой болезни путем введения или непосредственно в кровь, или через кожу, под кожу, *per rectum* и пр. — бактерицидных веществ. С этой целью была испробована прежде всего сулема, причем некоторым наблюдателям (напр., у нас *Александрову*) удалось этим путем добиваться выздоровления больных. Однако, уже рассуждая *a priori*, нельзя признать подобный способ лечения рациональным: прежде всего сулема ранее, чем убить циркулирующих в крови микробов, с гораздо большим вероятием вызовет смертельное отравление организма больной; кроме того сулема, как известно, дает с белками нерастворимые альбуминаты, что значительно понижает ее бактерицидное действие. Целительный эффект внутривенного введения сулемовых ра-

створов при бактериэмиях опровергается и прямыми опытами на животных (произведенными, между прочим, у нас *Шкловским*).

Сказанное сейчас относительно сулемы следует повторить и относительно ляписа. Правда, *Губарев* получил очень хорошие результаты от введения в вены значительных количеств (500 куб. сант.) раствора *argenti nitrici* при послеоперационном и послеродовом сепсисе, а впоследствии его наблюдения были подтверждены *Шатским* и *Грязновым*, а также *Трясуновым*; однако исследования *Илькевича* доказали, что самый ляпис тут не при чем, — что растворы *argenti nitrici* 1:8000 действуют слабее растворов 1:20000 или 1:30000, слабее даже дистиллированной воды; я также нераз пробовал это средство без всякого успеха.

Более серьезного внимания заслуживает применение при общем пуэрпериальном сепсисе коллоидального серебра, предложенного для этой цели *Credé*. Предлагая это средство, *Credé* думал первоначально, что нашел в нем то *antisepticum internum*, об изобретении которого давно уже мечтали и продолжают мечтать врачи, — вещество, которое, убивая проникших в живые ткани бактерий, в то же время не вредило бы самим тканям. Хотя эти ожидания и оказались преувеличенными, — что и понятно, так как коллоидальное серебро, будучи введено в кровь, опять-таки дает нерастворимые альбуминаты, — однако опыт убедил и меня лично, и многих других наблюдателей в несомненной пользе коллоидального серебра при сепсисе. Применять его можно или в виде мази (*Unguentum colloidalé Credé*), которая втирается, в количестве 2,0—4,0, в кожу внутренней поверхности бедер и др. мест, или в виде 1%—2% раствора, который вводится, в количестве 50—100 куб. сант., под кожу, в кровь или в клизмах *per rectum* (в последнем случае больной сначала ставится опоражнивающая клизма, а потом, когда прямая кишка совершенно опорожнится от каловых масс, вводится 50 куб. сант. 2% раствора коллоидального серебра или колларгола, которые и задерживаются больной насколько возможно дольше). Для внутривенного и подкожного введения особенно рекомендуются растворы коллоидального серебра, полученного электролитическим путем (электраргол).

Некоторые авторы (напр., у нас *Иванов*) получили хорошие результаты от втирания при родильной горячке серой ртутной мази (*Ung. hydrargiri cinereum*) в больших количествах (30,0).

Среди лечебных средств, предложенных при родильной горячке с целью повлиять непосредственно на возбудителей этой болезни, заслуживает, далее, упоминания употребление дрожжей. Опыты *Федулова* показали, что и живые дрожжи, и приготовленная из них взвесь, и вытяжка из дрожжей, и дрожжевая энзима оказывают несомненное влияние на стрептококков, способствуя их превращению в инволюционные формы, а *Богодуров* в одном безнадежном случае родильной горячки получил очень хороший результат от назначения больной per os 5—6 чайных ложек пивных дрожжей в сутки; впрочем в этом случае одновременно применялась и сыворотка.

Объясняя благоприятный эффект, иногда получаемый при родильной горячке от введения в кровь или подкожно больших количеств растворов сулемы, ляписа и т. п. средств, многие авторы склонны думать, что эффект этот зависит не от бактерицидного действия указанных средств, а от того, что большие количества жидкости, поступая в кровь, разбавляют имеющиеся в ней токсины и способствуют выведению их почками и кожей, — что, другими словами, суть благотворного терапевтического действия кроется здесь в известном промывании организма. И действительно, многочисленные наблюдения свидетельствуют о пользе применения при родильной горячке различных индифферентных растворов (физиологического раствора хлористого натрия, *Locke*'овской жидкости и т. п.), вводимых в больших количествах подкожно, в вены и в rectum. Особенно удобною формою такого применения являются капельные вливания в прямую кишку, при помощи которых просто и безболезненно для больной удается вводить весьма большие количества названных растворов.

В старое время акушеры-практики охотно применяли при родильной горячке слабительные. С современной точки зрения благоприятный эффект такого лечения сводится к удалению отравляющих организм токсинов через кишечник.

Впрочем подобное выведение при сепсисе происходит и без каких-либо искусственных мер (септические поносы).

Наряду с лечебными мерами, имеющими целью уничтожение наводняющих организм микробов и выведение образуемых ими токсинов, при родильной горячке заслуживают широкого применения и средства, целью которых является повышение стойкости организма в борьбе с инфекцией и улучшение самочувствия больных. Из таких средств издавна широким распространением пользуется алкоголь — в виде коньяка, шампанского и др. вин; если больные не страдают рвотой, алкогольные напитки можно вводить *per os*, при рвоте же — в клизмах и даже подкожно. При пуэрперальной септицемии хорошие результаты, в смысле улучшения общего состояния больных, поднятия сердечной деятельности и пр., получают, далее, при применении общих прохладных ванн (больную сажают на 10 минут в ванну, t^0 которой сначала равняется $29^{\circ} R.$, а потом постепенно доводится до $25^{\circ} R.$), напротив, при пиэмиической форме родильной горячки применение ванн может оказаться даже опасным, так как переноска больной с кровати в ванну и обратно может легко повести к отрыву инфицированных тромбов и образованию новых метастазов. В видах же улучшения общего состояния больных родильной горячкой надо, разумеется, заботиться о питании их, о гигиеническом содержании и пр.

Для устранения наиболее тягостных припадков у больных родильной горячкой надо, затем, применять и чисто симптоматические средства: против рвоты и жажды можно давать *per os* кусочки льда, замороженное шампанское и т. п., против болей при перитоните — применять пузырь со льдом на живот, наркотики подкожно и в суппозиториях, против метеоризма и запоров — высокие клизмы (иногда с предварительным введением питуитрина или атропина под кожу), против слабости сердца — вводить камфору, спермин, дигален и т. п.

Так как первичным очагом инфекции при родильной горячке является обыкновенно пуэрперальная матка, то при разборе терапии данной болезни приходится затрагивать, наконец, и вопрос о местном лечении этого очага — в смысле или его

обеззараживания, или даже прямо удаления оперативным путем. Что касается первого, то надо иметь в виду сказанное выше относительно лечения септического эндометрита, а именно, что чересчур энергичное применение внутриматочных способов приносит иногда больше вреда, чем пользы, способствуя генерализации инфекции; поэтому здесь надо ограничиваться такими методами лечения, как влагалищные спринцевания, постоянное орошение и т. п. Мало утешительные результаты дали и попытки удалять, при общем пуэрперальном сепсисе, зараженную матку *per vaginam* или *per abdomen*: выгоды этой операции, состоящие в освобождении организма от первичного очага заразы, оказались не искупающими ее невыгод — операционной травмы и опасности создать при операции новые пути для распространения инфекции. Гораздо более удачными оказались попытки удалять наполненные инфицированными тромбами вены при пиэмиической форме родильной горячки. При этих попытках выяснилось, что для достижения благоприятного эффекта даже не нужно иссекать пораженные участки венозных сосудов, а достаточно изолировать их путем перевязки.

Кроме этой операции оперативное вмешательство при пиэмиической форме родильной горячки показывается в виде вскрытия метастатических гнойных очагов, буде таковые образуются у больных, — напр., нагноившихся суставов и пр.

Горяинов. О поражении мозга у родильниц. Др. З. 1836. — *Хотовицкий.* Febris puerperalis. В.-М. Ж. 1838. — *Протасов.* Род. лихорадка. Др. З. 1839. — *Щепетильников.* Пол. действие хлорн. воды в род. гор. Др. З. 1842. — *Захарьин.* Послер. болезни. М. Вр. Ж. 1853. — *Образцов.* Род. горячка. В.-М. Ж. 1860. — *Заборовский.* Пат.-анат. изменения при род. гор. Пр. О. Р. Вр. 1863-64. — *Герхен.* О благ. действии сильн. слабительных in febris puerp. Пр. О. Кал. В. 1864. — *Эрихсен.* Исследование послер. бол. процессов. В.-М. Ж. 1866. — *Вишневский.* Сл. посл. гор., ок. выздор. М. М. Г. 1867. — *Шаховской.* Два сл. род. г. и пр. Вр. В. 1877. — *Добронравов.* О леч. послер. лихорадки. Лет. X. О. в М. 1877. — *Горвиц.* О воспалении симфиза таза в род. сост. В.-М. Ж. 1878. — *Тарасевич.* К вопр. о леч. септицемии хл.-гидратом. Дисс. СПб. 1880. — *Финкельштейн.* К каз. пуэрп. поражения таз. сочленений. Пр. О. Од. В. 1885. — *Кетлинский.* Прав ли *M. Runge*, предл. спаивание пуэрп. больных? Пр. Киев. А.

О. П. — *Стржеминский*. Мет. нарыв глазницы во вр. род. горячки. Пр. Вил. М. О. 1888. — *Муратов*. К вопр. о леч. посл. заболеваний. Пр. М. А. О. 1889. — *Шильдрет*. К леч. род. забол. Р. М. 1890. — *Александров*. Сл. септицемии (в род. пер.), польз. внутривен. впрыскиваниями сулемы, конч. выздоровлением. Тр. О. Мин. В. 1895-97. — *Иванов*. О леч. посл. горячки втираниями сер. ртутн. мази. Тр. О. Киев. В. 1896. — *Вайнштейн*. О сыворотке при послер. гнилокровии. Отч. Ж. А. 1897. — *Побединский*. К вопр. о симфизите. Тр. М. А. О. 1897. — *Архангельский*. 3 сл. серотерапии посл. септ. заболеваний. Ж. А. 1897. — *Корде*. Сл. септ. заб., леч. антистр. сывороткой. Тр. М. А. О. 1897. — *Гальберштадт*. Тяж. сл. пуэрп. септикопиемии, леч. противустр. сыв. Ж. А. 1898. — *Вьгодский*. Сл. леч. род. гор. Пр. Вил. М. О. 1898. — *Клитин*. К пат.-анат. мат. об общей острой стр. инфекции и пр. Дисс. СПб. 1898. — *Данци*. К послер. заб. нервн. системы. Еж. 1892. — *Лосков*. К каз. послер. заб. глаз. Зап. Тер. М. О. 1899. — *Быховский*. Прим. противоц. сыв. в сл. гнил. послер. заб. Еж. 1899. — *Львов*. О леч. послер. заб. противоц. сывороткой. Отч. Вр. 1899. — *Вайнштейн*. Стрептококк и антистр. сыворотка. Дисс. СПб. 1900. — *Серединский*. 3 сл. род. гор., польз. противоц. сывор. Еж. 1900. — *Клитин*. Гист. изменения посл. матки в сл. острого цеп. гнилокровия при прим. противоц. сыворотки и без нее. Вр. 1901. — *Бондарев*. Неск. сл. о род. гор. и пр. Ж. А. 1901. — *Щеткин*. Нек. сообр. отн. лечения род. гор. Ж. А. 1901. — *Львов*. Неск. набл. над прим. противоц. сыв. при посл. заб. Вр. Г. 1901. — *Гриневич*. 2 сл. род. гор., польз. противоц. сыв. Ж. А. 1901. — *Верниц*. К леч. острых гнил. заб. Р. Вр. 1902. — *Власьевский*. Полив. антистр. сыворотка и пр. Отч. Р. Вр. 1902. — *Серебренникова-Глинская*. К вопр. о леч. сывороткой *Marmorek*'а. Вр. Г. 1902. — *Давыдов*. Ung. *Credé* и пр. Р. Вр. 1903. — *Равич*. О тер. прим. антистр. сыв. при роже и род. г. Пр. В. 1903. — *Первов*. 2 сл. гнил., польз. сыв. Р. Вр. 1904. — *Абуладзе*. 2 сл. род. г., леч. впрыск. антистр. сыворотки. Вр. Г. 1904. — *Федулов*. Влияние дрожжей на стрепт. в проб. и в орг. человека. Вр. Г. 1905. — *Губарев*. О впрыск. нек. растворов в вены. Совр. Кл. 1906. — *Неелов*. К вопр. о прим. collargol'я при септ. заб. Ж. А. 1906. — *Богодуров*. К вопр. о прим. пивных дрожжей при гнил. заб. Ж. А. 1907. — *Шатский* и *Грязнов*. Внутрив. вливание азотн. сер. при леч. хир. инфекции. Тр. II С. Р. А. — *Шапиро*. 2 сл. род. гор., польз. антидифт. сывороткой. Пр. В. 1908. — *Бонштедт*. О леч. послер. гнил. заболеваний сывороткой. Отч. Ж. А. 1908. — *Александров*. К вопр. об опер. лечении пуэрп. септикопиемии. III С. Р. А. — *Попов*.

Леч. колларголом послер. заб. Вр. Г. 1909. — *Томсон*. К леч. колларголом септ. заб. после родов и выкидыша. Т. Об. 1909. — *Ардт*. О серотерапии посл. стрепт. заболеваний. М. Об. 1911. — *Шпидлер*. О леч. посл. сепсиса клизмами из колларгола. Нов. М. 1911. — *Верниц*. О леч. общего сепсиса и септ. бол. вливаниями раствора хл. натрия. Вр. Г. 1911. — *Кау*. М.-ли гнилокровие протекать при норм. t^o? Р. Вр. 1912. — *Розанов*. Возбуждение деят. гр. желез, как сп. леч. послерод. заб. пиэм. хар. Вр. Г. 1912. — *Шкловский*. Эксп. иссл. по вопр. о внутрив. лечении бактериэмии сулемой. Р. Вр. 1913. — *Шукевич*. О стр. инфекции м. свинок и пр. Арх. Б. Н. XIV. — *Шереметинская*. Опыт прим. стрепт. вакцины при хир. заболеваниях. Р. Вр. 1913. — *Штерн*. Сл. посл. септицемии, осл. множ. лимфаденитом. Вр. Г. 1913. — *Глоговский*. Клин. набл. над леч. посл. инф. заболеваний. Отч. Вр. Г. 1913. — *Паперн*. Сл. посл. инф., осл. двуст. метаст. офтальмией. Мин. Вр. Изв. 1913. — *Цаукин*. К вопр. о знач. гэмол. стрептококков в пат. посл. периода. Ж. А. 1913. — *Илькевич*. Интрав. вливания дест. воды, а также водн. раствора азотн. серебра при пуэрп. сепсисе. Отч. Ж. А. 1913. — *Трясунов*. О леч. общ. инфекции в посл. периоде внутрив. вливаниями ляписа. Вр. Г. 1914. — *Григорова*. Капельн. сол. клизмы при послер. заб. Реф. Ж. А. 1914. — *Розанов*. Антидифт. сыворотка при послер. лих. заболеваниях. Пр. В. 1914. — *Антоновский*. Результ. эксп. испытания противугн. сыворотки (стр.-стаф. вакцины) *Wright*'а. Р. Вр. 1915.

б) Другие инфекционные заболевания половых органов у родильниц.

Кроме стрептококков, стафилококков и др. возбудителей пуэрпериального сепсиса половой аппарат у родильниц может инфицироваться и другими патогенными микробами, причем результатом инфекции могут являться опять таки иногда местные заболевания половых частей воспалительного характера, иногда же общие заболевания родильниц. В большинстве руководств по акушерству заболевания эти рассматриваются отдельно от пуэрпериальных болезней в тесном смысле слова, хотя разграничение является здесь чисто-условным и в значительной мере искусственным. К числу таких заболеваний родильного периода относятся обычно послеродовая гоноррея, послеродовая дифтерия и послеродовой столбняк; кроме того некоторыми авторами особо от септических пуэрпериальных болезней рассматривается рожа половых частей у родильниц.

Послеродовая гоноррея. Между тем, как при пуэрперальных болезнях в тесном смысле этого слова заражение в громадном большинстве случаев происходит во время родов, при послеродовой гоноррее дело идет обыкновенно не о свежем заражении, а лишь о распространении уже ранее гнездившейся в половом канале заразы. Последняя проникает сюда *sub coitu*, но, пока женщина беременна, ограничивается лишь нижележащими отделами полового тракта, — вульвою, рукавом, а главным образом — цервикальным каналом. В послеродовом периоде возбудители заразы, гонококки *Neisser's*, встречают чрезвычайно благоприятные условия для своей жизнедеятельности и энергично размножаются у родильницы. Кроме того, когда матка освободится от своего содержимого, для них открывается доступ в вышележащие отделы полового канала, — в полость тела матки, каналы труб, яичники и тазовую брюшину, у больной развивается т. наз. *gonorrhoea ascendens*, которая и является одним из самых частых и практически важных осложнений пуэрперального периода.

Надо впрочем оговориться, что не у всякой женщины, зараженной гонорреей, последняя обнаруживает после родов восходящее распространение. Отчего в одних случаях это имеет место, а в других нет, — сказать трудно; повидимому, здесь играет большую роль поведение родильницы в смысле большего или меньшего покоя, воздержания от тяжелых работ, преждевременного начала половых сношений и т. п.

Распространяясь по ходу полового канала родильниц, гонококки, в противоположность возбудителям пуэрперального сепсиса, лишь в исключительных случаях наводняют весь организм, давая общие заболевания, приближающиеся к типу родильной горячки; обыкновенно дело ограничивается местными воспалительными процессами. Зато эти местные заболевания отличаются разлитым характером, обыкновенно охватывают всю половую сферу родильницы и дают такие изменения, которые сохраняются на всю жизнь, делая женщину неизлечимо больною и обуславливая полное ее бесплодие.

Клинически гонорройные заболевания половой сферы у родильниц отличаются от септических уже тем, что проявляются

позднее, — не в первые 3 дня после родов, как это свойственно пuerперальному сепсису, а на 2-й неделе. Как и при пuerперальном сепсисе, и здесь болезнь проявляется прежде всего лихорадкой, которая, однако, в общем бывает менее высока, чем при септическом заражении. Вместе с лихорадкой у больных развиваются явления острого периметрита, — сильная болезненность нижней части живота, локализующаяся обыкновенно в области маточных придатков с обеих сторон, реже с одной, метеоризм, тошнота, рвота. При чистой гонорройной

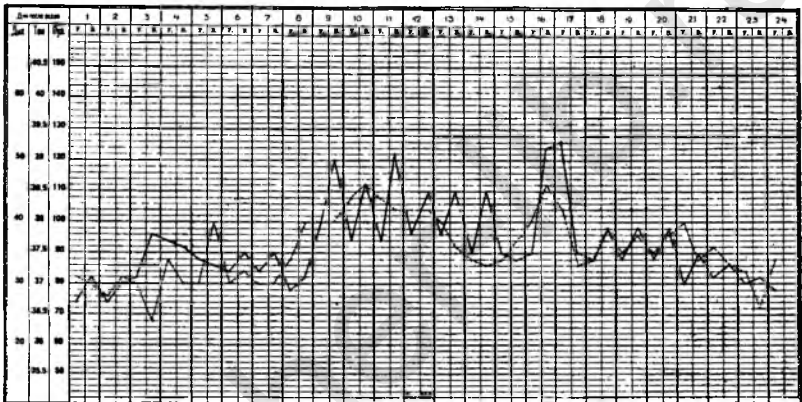


Рис. 739. T_0 и пульсовая кривая при послеродовой гоноррее (*gonorrhoea ascendens*). 1 — рана с нормальным тазом, с замужества страдает белями, роды нормальные; пuerперальный период до 9-го дня протекал нормально, с 9-го дня, когда роженица уже начала ходить, — лихорадка и явления остро сальпинго-оофорита (двустороннего) с сопутствующим периаднекситом.

инфекции явления эти большею частью довольно скоро проходят, ослабевает и лихорадка, и пальпация тазовых органов становится возможной, причем обнаруживает в тазу более или менее об'емистые экссудаты, расположенные или по бокам и сзади от матки, около воспаленных яичников и труб, или непосредственно сзади, в заднем *Douglas*'овом кармане. Экссудаты эти в дальнейшем могут вполне или отчасти рассосаться, но придатки долго еще остаются увеличенными, образуя более или менее об'емистые опухоли, главную часть которых составляют закупоренные и превращенные в сактосальпинксы (пиосальпинксы) трубы. А иногда, как и при септическом периметрите, экссудаты обнаруживают признаки нагноения и проявляют тенденцию вскрыться — большею частью в прямую кишку.

В отдельных, — правда, нечастых, — случаях распространение гонорреи у родильниц дает клиническую картину, напоминающую родильную горячку. У больных развивается, вместо периметрита, общий перитонит со смертельным исходом, или же, как мне пришлось наблюдать в одном случае, разыгрывается тяжелое заболевание, симулирующее пуэрперальную пиэмию с многочисленными приступами сильной лихорадки и поражением большого числа суставов. Некоторые авторы склонны думать, что в подобных случаях имеет место не чисто гонококковое, а смешанное заражение.

Диагностировать пуэрперальную гоноррею и отличить ее от сепсиса можно уже по той клинической картине, которая нами была сейчас в общих чертах набросана. Кроме того, в распознавании здесь большое значение имеет анамнез, из которого мы узнаем, что заболевание половой сферы появилось у женщины вскоре после выхода замуж, — что первыми проявлениями его были гнойные бели и резь при мочеиспускании, и что муж пациентки был болен триппером. При объективном исследовании нередко удается подметить такие признаки, как *maculae gonorrhoeicae* на внутренней поверхности больших губ и т. п. Всего вернее, однако, можно поставить диагноз путем микроскопического исследования лохий на мазках, окрашенных метиленовой синькой и др. анилиновыми красками, причем обнаруживается большое количество гонококков, расположенных частью свободно, частью внутри лейкоцитов.

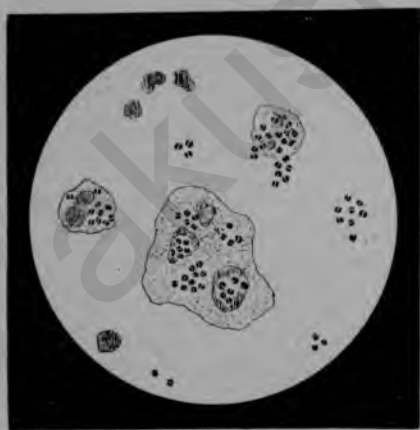


Рис. 740. ⚭ Гонококки в лохиях (по Витт'у).

Терапия послеродовой гонорреи в общем такова же, как и терапия септических воспалений в их острой стадии, — пузырь со льдом на живот, препараты *secale cornutum* и наркотики подкожно и в суппозиториях

составляют и здесь главные лечебные средства, но особенно следует заботиться здесь о строжайшем покое больных. Всякие местные лечебные мероприятия, соединенные с известной травмой полового канала, не должны быть при послеродовой гоноррее применимы, как приносящие больше вреда, чем пользы. Лишь когда острые явления стихнут, и поступательное движение гонорройного процесса остановится, можно приступить к таким лечебным мерам, как применение тампонов с ихтиолом или тигенолом, горячие дезинфицирующие спринцевания и т. п. Конечно и тогда половые сношения пациентки с носящим зародыши триппера мужем должны быть воспрещены вплоть до полного выздоровления обоих супругов.

Именно при восходящей послеродовой гоноррее с склонностью к генерализации дает, повидимому, особенно хорошие результаты антигонококковая сыворотка; напротив, применение вакцинотерапии в подобных случаях некоторыми авторами считается прямо противопоказанным.

Шишло. Сл. послеродовой гонококкэмии. М. Вр. 1914.

Послеродовая дифтерия. Если дифтерийные бактерии случайно будут занесены в половой канал родильницы, то они вызывают здесь такие же изменения, какие обычно вызываются ими в зеве, т. е. сначала раненые места рукава и маточной шейки, а потом и все остальные участки стенки полового канала покрываются белыми, блестящими налетами, которые уже по их внешнему виду легко отличить от грязно-серых налетов, свойственных пуэрпериальным язвам. Налеты эти имеют до 1 милл. в толщину, плотно сидят на подлежащих тканях, при отдирании оставляют слегка кровоточащую поверхность. При микроскопическом исследовании они оказываются состоящими из слоев фибрина, в которых можно встретить более или менее значительное количество дифтерийных бактерий.

Бактерии эти, как известно, лишены способности жить и размножаться в крови и живых тканях. Зато они вырабатывают весьма ядовитые токсины, которые, всасываясь, обуславливают отравление организма больных. Токсинемия при пуэрпериальной дифтерии, как и при других формах этой болезни,

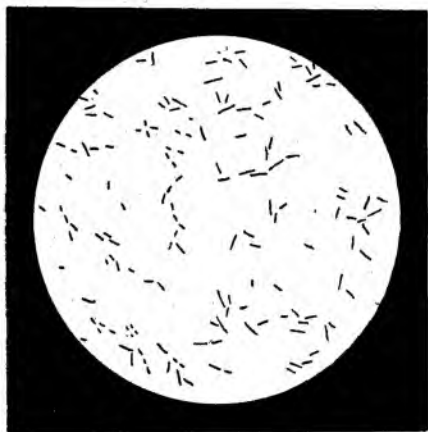


Рис. 741. Дифтерийные бактерии (по Fromme).

сказывается лихорадкой, иногда достигающей высоких цифр (39° — 40° C.) и сопровождающейся значительным учащением пульса, сильными головными болями, иногда помрачением сознания и пр. Обыкновенно по истечении 5—6 дней явления эти ослабевают, и выстилающие половой канал дифтерийные пленки начинают отделяться, обнажая гранулирующую поверхность, впоследствии заживающую

без образования рубцов. Смертельные исходы наблюдаются лишь в исключительных случаях — большей частью там, где имеется смешанная дифтерийно-стрептококковая инфекция („септическая дифтерия“).

Распознать пuerперальную дифтерию очень нетрудно по характерным белым, блестящим фибринозным отложениям, покрывающим стенку рукава и др. отделов полового канала. Что касается лечения, то наилучшим способом его является применение антидифтерийной сыворотки, после подкожного введения которой, в количестве 2000—4000 единиц, обычно уже очень скоро (через 12—24 ч.) t° падает, налеты начинают отделяться, — словом, наступает выздоровление. Прижиганий пораженных участков полового канала, даже влагалищных спринцеваний здесь лучше не применять.

Сочава. Зам. о послерод. дифтерите пол. частей женщины. Вр. 1881. — *Пясецкий.* Сл. род. горячки, разв. на почве дифтерита, пораз. первично весь род. канал родильницы. Еж. 1900. — *Орбант.* Дифтерит послер. матки. Вр. Г. 1904.

Послеродовой столбняка. Как известно, возбудитель столбняка (палочка *Nicolaier'a*), принадлежит к числу распространеннейших в природе микробов, — как сама столбнячная палочка, так и ее споры постоянно встречаются

в садовой земле, уличной пыли, испражнениях лошадей и др. домашних животных и пр. При таких условиях надобно удивляться, почему заболевания родильниц столбняком встречаются в практике столь редко.

По *Столыпинскому* в СПб. Родовспомогательном Заведении за 20 лет наблюдалось лишь 2 случая пуэрперального столбняка, в других же родовспомогательных заведениях Петрограда заболевание это не встречалось ни разу.

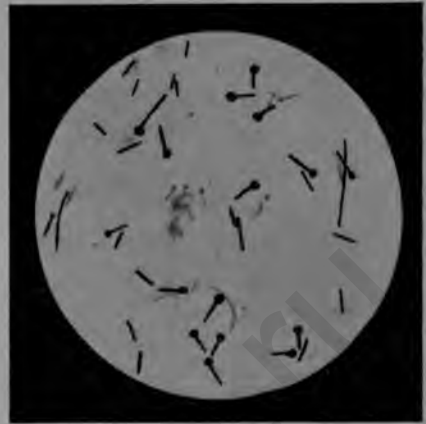


Рис. 742. Чистая разводка палочек столбняка (по Walthard'y).

Зато, раз возникши у родильницы, столбняк представляет собою одно из самых опасных осложнений пуэрперального периода. Опасность его тем выше, чем меньше времени прошло с момента родов до момента обнаружения болезни, т. е. чем короче был инкубационный период последней (продолжительность которого в отдельных случаях может колебаться от 2—3 дней до 3—4 недель). Большое значение имеет здесь также, повидимому, место проникновения в организм столбнячного яда; с этой точки зрения практически важно различать те случаи пуэрперального tetanus'a, где воротами для внедрения заразы является полость послеродовой матки, от тех, где таковыми служат разрывы рукава и промежности, — случаи первого рода протекают особенно тяжело. Объясняется это, по всей вероятности, тем, что условия всасывания из полости матки у родильниц гораздо лучше, так как *Nicolaier*'овская палочка действует болезнетворно не своим проникновением в живые ткани или кровь, но вырабатываемым ею чрезвычайно сильным токсином (тетаноспазмином), который проникает в центральную нервную систему по осевым цилиндрам двигательных нервов и здесь связывается нервными клетками.

Обнаруживается столбняк впервые чаще всего сведением челюстей (*trismus*) и затруднением глотания, после чего тетанические судороги распространяются обычно на мышцы лица, шеи, спины и живота. Благодаря поражению дыхательных мышц, дыхание у больных становится крайне затрудненным, в связи с чем развиваются и расстройства сердечной деятельности. Рефлекторная возбудимость обыкновенно бывает крайне повышена, и всякое внешнее раздражение может вызвать приступ мучительных судорог. Т⁰ тела в начале болезни остается нормальной, в конце же может подниматься до очень высоких цифр (41° С. и выше). Сознание не покидает больных обыкновенно до самой смерти, наступающей в 80—90% всех случаев пуэрперального столбняка, — чаще всего на 3-й, 4-й или 5-й дни после появления первых припадков.

Верцинский наблюдал случай послеродового столбняка, где припадки судорог, начавшись на 4-й день после родов, затем на несколько дней прекратились; на 16-й день, однако, они возобновились, а на следующий день наступила смерть.

Имея дело с пуэрперальным столбняком, акушеры должны главное внимание обращать на профилактику. Дело в том, что столбнячная зараза может, повидимому, очень легко передаваться от родильницы к родильнице через посредство рук, инструментов и т. п., а может быть, и другими путями. Оттого пуэрперальный столбняк иногда наблюдается в родовспомогательных заведениях в форме настоящих эпидемий.

Последняя из крупных эпидемий столбняка в Европе наблюдалась в 1898 году в акушерских клиниках Пражского Университета. Болезнь появилась сначала в акушерской клинике чешского отделения Университета (проф. *Pawlik*), где последовательно заболели 10 родильниц, среди которых у 2 местом поступления заразы послужили надрывы промежности, у 6 — эндометрий, у 1 — и промежность, и эндометрий вместе, а у 1 — место это осталось невыясненным. Для борьбы с болезнью немедленно были приняты самые энергичные меры до внутриматочных впрыскиваний противостолбнячной сыворотки по *Roux-Borrel*ю и экстирпации

матки (у 6 родильниц) включительно. Все эти меры, однако, остались без успеха, — все заболевшие родильницы без исключения погибли на 2-й—15-й дни после начала заболевания (*Pitha*). Более того — эпидемия распространилась и на соседнюю клинику немецкого отделения Пражского Университета, где также заболели, с летальным исходом, 3 родильницы (*Rosthorn*). Лишь строжайшая дезинфекция клиник и временное закрытие их остановили дальнейшее развитие эпидемии.

Среди профилактических мер, кроме тщательного обеззараживания всего, что находится в соприкосновении с заболевшей родильницей, первое место должны занимать предохранительные впрыскивания противостолбнячной сыворотки. Если в каком-либо родовспомогательном заведении обнаружилось заболевание пuerперальным столбняком, то всем остальным родильницам, находящимся в данное время в заведении, должно быть введено по 10—20 антитоксических единиц сыворотки, каковое количество является совершенно достаточным для предохранения от болезни. Та же самая сыворотка является единственным средством и против наступившего уже заболевания, хотя здесь ее эффект является обычно очень слабым. Лучшие результаты, повидимому, получаются при введении ее, в больших дозах, под оболочку головного мозга или даже в вещество последнего. Однако в тяжелых случаях и эта героическая мера не спасает от смерти.

Верцинский. О случае послеродового столбняка. Отч. Вр. 1889. — *Столыпинский.* Мед. отчет СПб. Род. Заведения. Ж. А. 1914.

Рожь половых частей у родильниц. В доантисептическое время разрывы промежности у родильниц сравнительно нередко служили исходными пунктами травматической рожи, которая нередко распространялась не только на покровы наружных половых частей, но и на кожу ягодиц, бедер и т. д. Подобные случаи, являющиеся в настоящее время большою редкостью, заслуживают внимания особенно в том отношении, что, повидимому, возбудителем рожи является тот же самый стрептококк, который вызывает и пuerперальные заболевания

в тесном смысле слова. Оттого предсказание при пуэрперальной роже обыкновенно считается несколько более серьезным, чем обычно. Оттого же, имея дело с рожистым воспалением у родильниц, врач должен принимать все меры к тому, чтобы стрептококки с пораженных участков кожи не попали вглубь полового канала у больной. За этими исключениями как течение пуэрперальной рожи, так и терапия ее таковы же, как и рожи вне родильного периода.

Гунбергер. О роже в послеродовом периоде. Отч. СПб. Род. Зав. 1876—77. — *Рашкес.* Осложнение родов и послеродового периода рожей. Вр. Г. 1903.

Б. Расстройства отделения молока и болезни грудных желез у родильниц.

Так как пуэрперальный период в большинстве случаев является вместе с тем и начальной стадией периода лактации, то естественно что у родильниц весьма нередко имеют место заболевания, связанные с кормлением грудью. Сюда относятся различные функциональные расстройства деятельности грудных желез, трещины сосков, воспалительные заболевания грудей и пр.

Агалактия, полигалактия и галакторрея. У некоторых родильниц грудные железы выделяют настолько незначительное количество молока, что родильница совершенно не в состоянии бывает вскармливать своего ребенка, или молоко даже вовсе не отделяется из грудей (*agalactia*). Подобная аномалия секреции грудных желез может зависеть от различных причин: нередко причиной ее является недоразвитие грудных желез, причем у полных женщин это недоразвитие может маскироваться обильным отложением в грудях жира; иногда, далее, нормально развитые груди подвергаются известной степени атрофии или под влиянием продолжительной бездеятельности, как то бывает у очень пожилых первородильниц, или под влиянием длительных расстройств питания и т. п., причем такая атрофия может опять-таки вести к понижению секреторной способности грудей; во многих случаях, затем, груди перестают нормально работать под влиянием нецелесообразного пищевого режима, под влиянием

некоторых лихорадочных заболеваний и пр.; наконец, несомненно бывают и такие случаи, где отделение молока может внезапно прекращаться в зависимости от сильных психических аффектов.

Хотя в старинных фармакологиях и фигурирует целый ряд средств, носящих общее название млекогонных, lactagoga, однако на самом деле верных лекарственных средств, которые бы могли вызвать отсутствующую секреторную деятельность грудных желез, мы не имеем. В виду несомненной связи, существующей между грудями и другими железами с внутренней секрецией, быть может, всего целесообразнее было бы в подобных случаях прибегать к опопрепаратам, напр., к употреблению вытяжек из плаценты; но соответствующих наблюдений в литературе пока не имеется. Судя по отзывам некоторых авторов, наилучшие услуги при агалактии может иногда оказать массаж грудных желез. Полезно также в подобных случаях заботиться о соответствующем питании родильниц (обильная молочная пища), об устранении вызвавших агалактию болезней и т. д.

Противоположную агалактии функциональную аномалию грудных желез представляет полигалактия, при которой отделение молока является, наоборот, чрезмерно повышенным — так, что молоко течет из груди родильницы почти непрерывно, притом в больших количествах, хотя ребенок отсасывает его в достаточной мере. Какие этиологические моменты лежат в основе этой аномалии, — остается невыясненным, но весьма вероятно, по моему мнению, что мы здесь имеем дело с нарушением равновесия внутренней секреции. Как-бы то ни было, в отдельных случаях полигалактия не лишена бывает крупного практического значения, так как постоянные потери молока вредно отзываются на общем питании женщины. Из лечебных мер здесь можно испробовать сухую диету, отвлекающие на кишечник, иодистый кали и небольшие дозы спорыньи внутрь, в крайнем случае — прекращение кормления грудью.

От полигалактии отличают галакторрею, — такую аномалию секреторной деятельности грудных желез, при которой и после отнятия ребенка от груди молоко продолжает отделяться из груди иногда очень долгое время (*Камнев* описал, напр., случай, где галакторрея у женщины продолжалась в течение 32 лет).

Этиология этой аномалии, как и полигалактии, остается пока темною. В прежнее время происхождение галакторреи ставили в связь с расстройствами нервной системы, и действительно, аномалия эта нередко наблюдается у нервных, малокровных, плохо упитанных женщин. В свою очередь и сама галакторрея дурно отражается на общем питании женщины: хотя выделяющийся при ней млечный секрет и отличается своею водянистостью, но все же в этой форме организм больной теряет значительное количество питательных веществ. С терапевтическими целями здесь можно испробовать те же средства, какие выше были указаны для уменьшения полигалактии, при неуспехе же их — рентгенизацию грудных желез.

Экспериментальные исследования *Кушталова*, произведенные на кроликах и собаках, показали, что уже незначительные дозы X-лучей ведут к уменьшению секреторной деятельности грудных желез, при больших же дозах получается совершенное прекращение секреции последних.

Хотовицкий. Agalactia. Galactorrhoea. Sacogalia. В.-М. Ж. 1838. — *Юшков*. Недост. отделение молока. Др. Э. 1844. — *Васильев*. Зам. случай несвоевр. отделения молока из груди женщины. Арх. С. М. 1871. — *Вебер*. Сл. прод. галакторреи. М. В. 1884. — *Воробьев*. К пат. отделения молока. Еж. 1894. — *Родзевич*. Из гинек. практики. Р. Мед. 1894. — *Шульц*. К каз. лечения агалактии массажем. Вр. 1890. — *Камнев*. Сл. непрерк. отделения молока в теч. 32 л. Вр. 1899. — *Никольский*. Ibid. — *Эдельберг*. Сл. непрерк. отделения молока в теч. 6 л. Вр. 1900. — *Язвицкий*. Сл. обильного выделения из гр. желез в ран. беременности молокопод. жидкости. Ж. А. 1900. — *Цейтлин*. Сл. прод. функции гр. желез. Ж. А. 1900. — *Кушталов*. О влиянии лучей *Roentgen'a* на мол. железу кроликов и собак. Ж. А. 1910.

Молочная сухотка. Разбирая неправильности секреторной деятельности у кормящих женщин, упомянем кстати об одном своеобразном симптомокомплексе, который развивается в связи с лактацией и с давних пор известен под названием молочной сухотки, *tabes lactea*. Заболевание это возникает большею частью у женщин, кормящих грудью слишком продолжительное время, — более нормального 10-месячного срока, — и сопро-

вождается резко выраженной лактационной атрофией матки; реже его приходится наблюдать и в первые 10 месяцев кормления. Клинически оно сказывается общим упадком питания, сердцебиениями, головными болями, болями в пояснице (отсюда и название „молочная сухотка“), иногда расстройствами зрения даже в форме амаврозов. Патогенетически ничего общего с настоящей спинной сухоткой данное заболевание не имеет, а представляет собою, по всей вероятности, результат нарушения внутренней секреции: мы уже имели случай упоминать, что грудные железы, функционируя в периоде кормления, выделяют не только молоко, но и особый гормон, действие которого на половую сферу совершенно противоположно действию яичникового гормона, — он уменьшает приток крови к половым частям женщины, подавляет менструацию и овуляцию и пр. С этой точки зрения симптомокомплекс, свойственный молочной сухотке, может быть рассматриваем, как родственный климактерическому симптомокомплексу. Отсюда же становится ясно и наиболее рациональная терапия молочной сухотки, — кроме прекращения кормления она должна заключаться в назначении овариина, лучше вместе с препаратами железа.

Трещины сосков. В отделе, посвященном диететике беременности, было уже указано, какие условия предрасполагают к образованию трещин сосков у кормящих грудью женщин, и какие профилактические меры заблаговременно должны быть приняты, чтобы предупредить это осложнение. Однако и самое тщательное проведение этих мер не всегда оказывается в состоянии гарантировать кормящую от возникновения трещин, которые могут служить тогда источником серьезных страданий для женщины: прежде всего при наличии их акт сосания больной груди обычно становится крайне болезненным, — иногда настолько болезненным, что кормление грудью делается совершенно невозможным, а главное — трещины сосков обыкновенно являются воротами, через которые в грудную железу проникает зараза, вызывающая развитие мастита или грудицы.

В виду этого последнего обстоятельства первое, о чем следует заботиться при наличии уже образовавшихся трещин, — это всячески оберегать их от инфекции. Не следует дотрагиваться до соска недостаточно дезинфицированными руками,

перед каждым кормлением и после кормления надо обмывать сосок стерильным борным раствором (4 ‰), а в промежутках между кормлениями защищать его компрессами из стерильной марли.

Некоторые наблюдатели утверждают, что в ротовой полости даже здорового грудного ребенка нередко встречаются гноеродные стафилококки, т. е. как раз те микробы, которые чаще всего и являются возбудителями мастита. Исследования других, — напр., у нас *Подбельского*, — решают этот вопрос в отрицательном смысле. Исходя из первого взгляда, многие акушеры рекомендуют перед каждым кормлением очищать и ротик ребенка стерильной марлей или мягкой стерильной тряпочкой, смоченной в прокипяченной воде; другие считают эту предосторожность отнюдь не достигающей цели, отчасти даже прямо вредной, так как обтирания ротика могут повести у ребенка к образованию т. наз. афт *Bednar'a*, — изъязвлений слизистой оболочки в задней части твердого неба.

Для скорейшего заживления трещин и уменьшения болезненности рекомендуется, далее, прикладывание к больным соскам компрессов, смоченных в 50 % спирте, 1 % спиртовом или 2 % глицериновом растворе ортоформа, чистом глицерине и пр., а также применение различных мазей, напр., с анестезином (anaestesiini 3,0, vioformii 1,0, вазелина и ланолина по 15,0), азотнокислым висмутом (1 ч. на 2—3 ч. вазелина) и т. п., присыпание трещин аристалом и др. дезинфицирующими порошками, наконец, смазывание их растворами ляписа (2—5 ‰). Если трещины, несмотря на все это, не обнаруживают склонности к заживлению, то надо надевать на больной сосок, на время кормления, резиновый или стеклянный колпачек, — разумеется, стерильный, — а в крайнем случае — прекратить на время кормление больной грудью, давая ребенку лишь другую, если она здорова. Во время этого перерыва следует отсасывать молоко из больной груди при помощи молокоотсоса и давать его ребенку с ложечки или через рожок; такое отсасывание рекомендуется не только в интересах ребенка, но и в интересах матери, так как переполнение груди молоком, вызывая натяжение кожных покровов груди и соска, мешает заживлению трещин.

Добровольский. Лечение растреск. сосков груди кормилицы. Пр. О. Р. В. 1843. — *Навашин.* Холодная вода в трещинах гр. сосков у женщин. Др. Э. 1859. — *Сутугин.* О леч. гр. сосков при кормлении грудью. М. В. 1880. — *Фабр.* К тер. трещин на сосках. Вр. 1881. — *Парфианович.* Сосок для предохранения больных ж. груди. Пр. О. Кал. В. 1882. — *Парфианович.* К леч. трещин на сосках. Вр. 1884. — *Митропольский.* Хл.-гидрат в болезнях сосков у корм. грудью женщин. Ж. А. 1888. — *Подбельский.* Исследование микробов полости рта взрослых и детей в здор. состоянии. Дисс. Каз. 1890. — *Соловьев.* К уч. о предупр. грудницы у кормящей. Вр. Э. 1895. — *Либов.* К вопр. о заболевании сосков и пр. Вр. 1898. — *Неелов.* Грудной насос при трещинах сосков. Пр. Киев. А. О. XII.

Грудница. Грудница или мастит представляет собою инфекционную болезнь грудных желез, возбудителем которой чаще всего является золотистый гроздекокк, реже — гноеродный стрептококк. В грудные железы эти микробы обычно проникают через ссадины или трещины сосков, хотя некоторые авторы склонны думать, что инфекция груди названными микробами может происходить и при полной целости покровов соска, через отверстия млечных ходов, причем сначала возникает воспаление этих последних, галактофорит, а затем уже мастит. На поверхность ссадин или в трещины возбудители мастита попадают большею частью с загрязненных пальцев рук, при дотрогивании до сосков, с белья родильницы и пр.; реже исходным пунктом занесения заразы при мастите оказывается ротик новорожденного. Застой молока в грудях сам по себе не может быть причиною мастита, но может играть способствующую роль в происхождении этого заболевания.

Проникши так или иначе в грудную железу, возбудители грудницы могут затем распространяться или по млечным протокам, инфицируя затем альвеолы и вызывая паренхиматозный мастит, или по лимфатическим путям, заложенным в междольковых прослойках соединительной ткани, — вызывая интерстициальный мастит. Повидимому, стафилококки чаще вызывают первую форму, тогда как интерстициальный мастит чаще возникает при стрептококковой инфекции. Впрочем конечный результат при обеих формах обыкновенно бывает одинаковым, ибо как при паренхиматозной форме впоследствии вовлекается

в процесс и междольковая соединительная ткань, так и при интерстициальном мастите вторично поражается железистая ткань. При этом вначале воспаление ограничивается обыкновенно одною или двумя дольками железы, но в дальнейшем могут инфицироваться, одна за другою, и все остальные дольки.



Рис. 743. Распространение инфекции при различных формах мастита (по Вимм'у).
 1 — Распространение инфекции при паренхиматозном мастите (по млечным ходам).
 2 — Распространение инфекции при интерстициальном мастите (по лимфатическим путям).
 3 — Распространение инфекции при ретромаммарном абсцессе (тоже по лимфатическим путям).

Обычное время появления мастита — вторая или третья неделя после родов, реже болезнь обнаруживается уже на первой неделе, хотя в отдельных случаях она может возникать еще во время беременности. Начало заболевания сказывается обыкновенно лихорадочным повышением t^0 , которая нередко сразу достигает высоких цифр и сопровождается ознобом. Одновременно больная начинает чувствовать постепенно усиливающую боль в одной из грудей. При ощупывании, в последней определяется болезненный узел, который своею плотною консистенцией резко выделяется среди окружающей более мягкой ткани. Нередко боль иррадирует в область подмышечной впадины, лежащие в которой лимфатические железы представляются припухшими и болезненными, причем болезненность усиливается при всяком движении рукой. В дальнейшем воспалительный процесс или может разрешиться, причем лихорадка быстро спадает, боль слабеет, узел в груди постепенно перестает прощупываться, — или может перейти в нагноение, причем лихорадка приобретает нагноительный тип, боль усили-

вается, делаясь стреляющею, ранее плотный узел становится мягким, и в нем обнаруживается зыбление, кожа над ним краснеет и истончается, наконец, образовавшийся гнойник вскрывается наружу. После опорожнения его может образоваться другой гнойный фокус, затем третий, и таким образом в некоторых случаях вся грудная железа может, долька за долькой, выгноиться.

Лучшая профилактика грудницы состоит в тщательном уходе за чистотою сосков и рациональном лечении образовавшихся на их поверхности трещин. При первом обнаружении мастита лучше всего немедленно прекратить кормление больною грудью, положить на нее сухую давящую повязку и назначить больной внутрь иодистый калий и отвлекающия на кишечник. Обыкновенно этими мерами удаётся оборвать болезнь и предупредить нагноение. Если, однако, лихорадка у родильницы продолжалась уже несколько дней, то образование абсцесса становится большею частью неизбежным; тогда, выждав появления зыбления, следует опорожнить полость гнойника достаточной величины разрезом, проведенным в радиальном направлении к соску, а затем лечить рану по общим правилам хирургии.

Некоторые из новейших авторов получили хорошие результаты от лечения начальных стадий мастита застойною гиперэмией по *Bier'y*. На больную грудь накладывают снабженный воздушным насосом стеклянный колокол и выкачивают из него воздух. Грудь втягивается тогда в колокол, синее и опоражняет значительное количество молока. Подержав ее в таком состоянии в течение 5 минут, снимают колокол и делают паузу в 3 минуты, после чего опять накладывают колокол и т. д. в продолжение $\frac{3}{4}$ часа. Сеансы лечения продолжаются однажды в сутки, а в промежутки между ними на грудь накладывается давящая повязка.

Застойная гиперэмия по *Bier'y* с успехом применяется и в нагноительной стадии грудницы. *Волкович* рекомендует при гнойном мастите следующий упрощенный способ лечения по *Bier'y*: после того, как полость гнойника проколота скальпелем, на грудь накладывают обыкновенную стеклянную банку из-под варенья, в которую помещен зажженный кусок

ваты, смоченной в спирте; затем применяется согревающий компресс из 25—30° спирта, причем молоко отсасывается молокоотсосом. При таком лечении грудь уже через 8—10 дней после прокола делается здоровой, и к ней можно бывает прикладывать ребенка.

Особую форму мастита представляет т. наз. ретромаммарный абсцесс или парамастит, при котором нагноение локализуется в клетчатке, расположенной между грудною железой и грудною клеткой. В основе этой болезни лежит обычно стрептококковая инфекция, попадающая сюда или из сосков, по лимфатическим сосудам, или *per continuitatem*, из нагноившихся задних долек грудной железы, а также — из пораженных кариозным процессом ребер. При ощупывании груди при парамастите исследующий получает впечатление, как будто она лежит на подушке, наполненной водою. Лечение заключается в широком разрезе по краю железы.

Упомянем, наконец, о субареолярном мастите, при котором воспаление, не затрагивая самой грудной железы, локализуется в соединительной ткани, расположенной под околососковым кружком (*areola*), причем в области последнего образуются небольшие абсцессы. Абсцессы эти скоро заживают после прокола.

Нечаев. Простонар. средство от грудницы у родильниц. Др. З. 1834. — *Редлих.* Об употр. коллодия при воспал. гр. железы и пр. М. Вр. Ж. 1855. — *Никольский.* О нар. тер. действии *t. jodi*. Пр. О. Р. В. 1857-58. — *Зюков.* Об усп. лечении хол. водою по мет. *Присница.* Там же. — *Кушелевский.* К вопр. об остр. воспалении мол. железы. Дисс. СПб. 1867. — *Сочава.* О леч. воспаления мол. железы. М. М. Г. 1875. — *Гинзбург.* Сравнение действия холода и пр. В. Вед. 1876. — *Шалита.* Опер. лечение гн. воспаления тит. железы. Вр. 1887. — *Майзель.* Лечение пар. мастита и флегмоны гр. железы белой ск. глиной. Вр. 1888. — *Земблинов.* Массаж при воспалениях околоушн. и тит. желез. Вр. 1890. — *Ненцкий.* Хим. исследования над микробами, выз. воспаление мол. желез у коров и коз. Арх. Биол. Н. 1892. — *Холмогоров.* Свищи млечн. ходов. М. Об. 1892. — *Захарьин.* Иод при груднице. Кл. Л. М. 1895. — *Земблинов.* Сл. лечения пар. мастита массажем. Пр. О. Кал. В. 1896. — *Попялковский.* О воспалении мол. протоков. Библ. В. 1897. — *Ульяновский.*

Сл. огр. нарыва в обл. гр. железы. Вр. 1897. — *Томашевский*. К вопр. о леч. застойной гиперемией остр. зар. хир. заболеваний. Р. Вр. 1906. — *Волкович*. Впеч. от прим. упр. способа лечения гнойных маститов высасыванием. Р. Вр. 1913.

В. Другие болезни рожениц.

Порочное обратное развитие матки (involutio uteri vitiosa, subinvolutio uteri). При нормальных условиях послеродовая матка быстро подвергается обратному развитию. Тотчас после родов дно ее стоит несколько выше пупка, но уже на 2-й неделе матка уменьшается настолько, что перестает прощупываться чрез брюшные стенки, а через 6—8 недель она принимает такой об'ем, какой имела до беременности. Нередко, однако, этот нормальный ход обратного развития послеродовой матки бывает более или менее резко замедлен. При этом матка оказывается более об'емистою, чем нормально, и плохо сокращенною; мышечные волокна ее, как показывает микроскоп, в недостаточной степени подвергаются жировому перерождению протоплазмы; сосуды представляются плохо спавшимися, и в них наблюдается обильное развитие тромбов; есть указания, что в дальнейшем в маточных стенках имеет место развитие соединительной ткани насчет мышечной.

Такое замедленное обратное развитие матки у рожениц может возникнуть на почве различных причин, среди которых, однако, на первом плане стоит пуэрперальная инфекция матки в широком смысле этого слова. Кроме того оно наблюдается при задержке в матке кусков плаценты и плодовых оболочек, при аномалиях положения пуэрперальной матки (*retroflexio, descensus*), после родов двойнями и особенно преждевременных родов и пр. Некоторые представители акушерства отмечают, что *subinvolutio uteri* относительно часто встречается у рожениц, которые слишком рано встают с постели и принимаются за тяжелые работы, тогда как другие, напротив, утверждают, что раннее вставание благоприятствует лучшей обратной инволюции матки после родов. Зато все согласны, что инволюция эта совершается гораздо медленнее, если роженица сама не кормит грудью своего ребенка, и это будет совершенно понятно, если мы вспомним, какое влияние оказы-

вает на матку внутренняя секреция грудных желез. Наконец, порочному обратному развитию матки после родов, повидимому, способствуют запоры у родильниц.

В силу каких бы причин ни возникала данная аномалия, она является не лишеною крупного патологического значения. Именно на этой почве большею частью развивается то заболевание матки, которое так часто встречается в гинекологической практике и которое со времен *Scanzoni* известно под названием хронического метрита. Далее, на этой почве у родильниц нередко развиваются маточные кровотечения.

Распознать *subinvolutio uteri* очень нетрудно. Уже при наружном исследовании бросается в глаза не соответствующий дню послеродового периода, чересчур большой объем матки. При внутреннем исследовании через рукав обращает на себя внимание отсутствие у наружного зева и вообще цервикального канала тенденции закрываться. Лохии у родильницы гораздо дольше нормы сохраняют кровянистый характер, а иногда переходят в настоящие кровотечения. Уже этих признаков бывает обыкновенно вполне достаточно, чтобы поставить правильный диагноз.

Константировав у родильницы порочное обратное развитие матки, врач должен выяснить его причины и, буде это возможно, устранить последние, — задержавшиеся куски плаценты и оболочек надо удалить, ретрофлексию матки исправить и т. д. Если родильница сама не кормит грудью своего ребенка, полезно поддерживать секрецию груди при помощи отсасывания молока молокоотсосом; хорошие результаты в подобных случаях дает также назначение маммина внутрь. Из других средств вызвать сокращение матки и способствовать ее обратной инволюции заслуживают внимания термические агенты — тепло в форме горячих спринцеваний, холод в форме пузыря со льдом на нижнюю часть живота — и препараты спорыньи внутрь, а также массаж и электричество.

Из препаратов спорыньи *Карницкий* особенно хорошие результаты получил от секакорнина *Roche*.

Электричество при *subinvolutio uteri* лучше применять, судя по наблюдениям *Желтухина*, *Личкуса* и *Красковского*,

в форме фарадизации. Электроды прикладываются или оба снаружи, к боковым частям матки, или катод вводится в цервикальный канал, анод же прикладывается к нижней части живота. Ток берется сначала слабый, затем доводится до такой силы, какую только родильница может перенести, причем такой максимальный ток применяется в продолжении 3 минут (*Красковский*).

Желтухин. К вopr. о фарадизации послерод. матки. Дисс. СПб. 1885. — *Личкус*. К вopr. о фарадизации послер. матки. Вр. 1887. — *Красковский*. О влиянии эл. тока на послер. матку. Пр. Киев. А. О. 1888. — *Побединский*. О фарадизации послер. матки. Тр. М. А. О. 1888. — *Рааб*. К клинике subinvolutio uteri. Ж. А. 1911. — *Розанов*. Сл. subinvolutionis uteri p. p., польз. возбуждением деятельности гр. желез. Вр. Г. 1912. — *Карницкий*. Секакорнин *Roche* в послерод. периоде. Вр. Г. 1913.

Плацентарные полипы. Если в послеродовой матке задержался кусок плаценты, то на этой почве у родильниц нередко развиваются кровотечения атонического характера. Часть изливающейся крови при этом может свертываться в матке, и выпадающий при свертывании фибрин может отлагаться слоями вокруг задержавшегося куска плацентарной ткани. В конечном итоге на стенке маточной полости, в области прикрепления детского места, возникает полиповидное образование, центр которого обыкновенно состоит из ворсинок плаценты, а периферия — из слоев фибрина, окружающих плацентарную ткань на подобие оболочек луковицы. Образование это носит название плацентарного полипа.

Возможно, что отложение слоев фибрина в пуэрпериальной матке иногда происходит вокруг задержавшихся остатков отпадающей оболочки и вокруг выпячивающихся из просвета сосудов маточной стенки тромбов, а по мнению некоторых авторов самая маточная стенка в области прикрепления плаценты может полиповидно выпячиваться, становясь основой, на которой отлагаются фибриновые слои. *Масловский* в свое время считал причиной такого выпячивания острый воспалительный процесс, *Ястребов* же — местную атонию маточной стенки вследствие изменения нервных элементов.

Образовавшийся в пуэрперальной матке плацентарный полип в свою очередь ведет к маточным кровотечениям и замедленной обратной инволюции всего органа. Наличие этих явлений в связи с раскрытием цервикального канала у роженицы и позволяет нам догадаться о присутствии в матке разбираемого образования. Терапия должна заключаться в удалении плацентарного полипа, которое может быть выполнено или пальцами, или при помощи ложки.

Атабеков описал интересный случай, в котором походившее на плацентарный полип опухолевидное образование в полости послеродовой матки на самом деле оказалось состоящим из эктатических вен эндометрия.

Толочинов. О т. наз. послеродовых полипах. М. М. Г. 1867. — *Долгих*. К пат. кровотечений в послер. периоде. Плацентарные полипы. *Ж. Рудн.* 1871. — *Кашеварова-Руднева*. К уч. о плац. полипах. *Ж. Рудн.* 1873. — *Масловский*. К уч. о плац. полипах. Дисс. СПб. 1880. — *Масловский*. К пат. анатомии места прикр. последа. Сб. *Глеб*. СПб. 1880. — *Ястребов*. К уч. о полипов. выпячиваниях места прикр. последа. Там же. — *Жадкевич*. Кровотечение в послер. периоде, обусл. плац. полипом. *Ж. А.* 1880. — *Атабеков*. К эктазии вен эндометрия. *Ж. А.* 1912.

Аномалии положения послеродовой матки. Пуэрперий является временем, в течение которого у женщин относительно очень часто возникают различные аномалии положения матки, особенно ретрофлексия и опущение (resp. выпадение) последней, причем в обеих этих аномалиях принимает обычно участие и рукав. Как ретрофлексия, так и опущение пуэрперальной матки во многих случаях представляют собою лишь рецидивы смещений матки и рукава, существовавших еще до беременности и временно изгладившихся в течение последней. Нередко, однако, они и первично, повидимому, возникают во время послеродового периода, так как половая сфера женщины вскоре после родов представляет для этого целый ряд благоприятных условий: не успевшая еще подвергнуться обратному развитию матка отличается своею тяжестью, связки ее являются сильно растянутыми, стенки полового канала также растянуты, сочны и малоупруги, просвет его очень широк, тазовое дно (resp.

промежность) нередко оказывается разорванным и всегда расслабленным; если при таких условиях родильница рано принимается за тяжелые работы, сопряженные с сильным повышением внутрибрюшного давления, то у ней легко может возникнуть смещение матки и рукава книзу — опущение (*descensus*) или выпадение (*prolapsus*), если же родильница долго лежит на спине, — возникает наклонение и перегиб матки кзади (*retroversio-flexio uteri*).

Опущение и выпадение рукава и матки обыкновенно скоро замечается уже самими больными. Вставши с постели и принявшись за свои обычные занятия, родильница начинает испытывать такое ощущение, как будто все внутренности у ней готовы выпасть чрез половую щель; одновременно с этим она нередко испытывает тянущие боли в животе и спине, а также, — вследствие того участия, какое обычно принимает в опущении рукава мочевого пузыря (*cystocele*), — расстройства мочеиспускания в форме частых позывов на мочу и невозможности опорожнять пузырь. Сама родильница, далее, замечает и развивающееся при этом выпячивание стенок рукава и влагалищной части матки из *rima pudendi*. Врачу при осмотре больной обыкновенно остается лишь подтвердить поставленный ею диагноз опущения или выпадения.

Что касается ретрофлексии, то она обычно замечается в конце 1-й недели пуэрперального периода при наружном исследовании родильницы путем пальпации. Как уже было упомянуто в своем месте, пуэрперальная матка обыкновенно лежит в антефлексии, причем верхняя часть ее в течение 1-й недели после родов находится в большом тазу. Благодаря этому, матка приблизительно до половины 2-й недели отчетливо прощупывается, при опорожненном мочевом пузыре, чрез растянутые брюшные стенки. Если, несмотря на опорожненный пузырь, матка в 1-ю неделю послеродового периода не определяется наружной пальпацией чрез брюшные стенки, то это обычно свидетельствует о смещении ее кзади — или в форме т. наз. ретропозиции органа, или в форме ретроверзии и ретрофлексии. Иногда ретрофлексия сопровождается и явлениями лохиометры. Внутреннее исследование чрез рукав окончательно выясняет врачу-акушеру с чем он имеет дело.

Меры против обеих разбираемых аномалий положения матки и рукава в послеродовом периоде должны иметь преимущественно профилактический характер. Во главе мер против опущения и выпадения стоит забота о целостности тазового дна (resp. промежности), — разрывы последнего при родах должны быть немедленно тщательно зашиваемы, причем особенное внимание должно быть обращено на сшивание пучков *m. levatoris ani*. Далее, родильницам, — особенно тем из них, у которых матка и рукав уже ранее обнаруживали наклонность к опущению или выпадению, а также тем, у которых во время родов имели место разрывы промежности, — надо безусловно воспретить всякую тяжелую работу — по крайней мере на первое время, пока обратное развитие половых частей у них не произойдет в достаточной мере. Полезно также у родильниц с наклонностью матки и рукава к опущению применять рукавные спринцевания, имеющие целью поднять тонус мускулатуры стенок полового канала и маточных связок, т. е. или прохладные, или, наоборот, горячие, лучше с примесью вяжущих средств. В этих же видах у родильниц применяются тампоны с вяжущими веществами, напр., с 10% раствором таннина в глицерине, даются внутрь препараты спорыньи, а впоследствии у них можно применять массаж и врачебную гимнастику. Если, несмотря на все это, у родильницы все-таки разовьется значительное опущение или выпадение матки и рукава, то остается прибегнуть к оперативному вмешательству по правилам, излагаемым в гинекологии.

Родильниц, у которых матка до наступления беременности лежала в ретроверзии или ретрофлексии, не следует, в видах профилактики возвратов этих смещений, долго держать в лежачем положении на спине; в этих же видах у них надобно следить, чтобы мочевой пузырь не переполнялся мочей; препараты *secale cornutum* и вообще средства, тонизирующие мускулатуру полового канала и связочного аппарата, у этого сорта родильниц также заслуживают широкого применения. Перечисленные меры следует применять и у тех родильниц, у которых матка обнаруживает тенденцию первично или вторично принять положение ретроверзии-флексии. Кроме того подобным больным надо вставить хорошо подобранный пессарий.

Помимо перечисленных сейчас аномалий положения матки в пуэрперальном периоде иногда возникает чрезмерное наклонение матки кпереди (*anteversio uteri pathologica*). Обыкновенно эта аномалия находится в этиологической связи с чрезмерным растяжением брюшных стенок во время беременности, почему и профилактика ее сводится к мерам против указанного растяжения. Такими мерами являются: ношение рационально устроенного брюшного бандажа в последние месяцы беременности, воздержание от тяжелых работ вскоре после родов, эластическое бинтование живота у родильниц и впоследствии массаж брюшных стенок, а также врачебная гимнастика.

Еще чаще у родильниц имеет место чрезмерная антефлексия матки. Собственно говоря антефлексия представляет собою нормальное положение пуэрперальной матки. В отдельных случаях она, однако, может достигать такой степени, что тело матки почти вплотную прилегает к передней стенке шейки, а цервикальный канал настолько перегибается, что становится непроходимым для послеродовых очищений, и это ведет к развитию лохиометры. Впоследствии впрочем, когда послеродовая инволюция матки достаточно подвинется вперед, подобная патологическая антефлексия большею частью сама собою исправляется, заменяясь нормальной, т. е. менее остроугольной, антефлексией.

Наконец, в послеродовом периоде обыкновенно имеет место и выворот матки (*inversio uteri*); так как, однако, эта аномалия положения матки возникает большею частью еще во время родов, именно, в последовом их периоде, то она и разобрана нами в отделе, посвященном патологии родового акта.

Горвиц. Положение и очертание матки в родильном периоде. М. В. 1869. — *Муратов.* К вопросу о кор. лечении знач. расхождений прямых бр. мышц всл. родов. Вр. 1891.

Расстройства со стороны мочевого пузыря и кишечника у родильниц. Так как состояние матки и вообще половой сферы женщины во время беременности, родов и пуэрперального периода непосредственно отражается на состоянии соседних органов, то становится совершенно понятным, почему у родильниц так часто наблюдаются различные расстройства мочеиспускания и дефекации.

Что касается, в частности, первых, то у родильниц вскоре после родов зачастую наблюдается невозможность опорожнить мочевой пузырь. Одно время думали, что причина этого лежит в перегибе уретры; однако новейшие цистоскопические исследования делают гораздо более вероятным, что в основе затруднений мочеиспускания у родильниц лежат возникающие во время родов изменения пузырной стенки в области сфинктера, а именно, отек ее и кровоизлияния в ее толщу. Возможно, далее, что тут имеют большое значение смещения пузыря, возникающие после родов. Наконец, здесь несомненно играют известную способствующую роль такие обстоятельства, как лежащее положение родильницы, растяжение брюшного пресса у ней и т. п.

Констатируя у родильницы задержание мочи, врач-акушер должен непременно добиваться, чтобы пациентка получила возможность опорожнить пузырь естественным порядком. В этих видах родильнице можно уже в первые дни после родов позволять садиться и даже вставать для мочеиспускания; полезными в подобных случаях оказываются, далее, грелки на нижнюю часть живота, а из лекарственных средств я видел наилучшие результаты от применения питуитрина под кожу; можно, наконец, при послеродовом задержании мочи попытаться опорожнить пузырь путем сильного давления на него снаружи. Лишь в тех случаях, где все эти меры окажутся безрезультатными, остается прибегнуть к катетеризации, на которую надо смотреть в таких случаях, как на необходимое зло. Дело в том, что, если даже катетеризация производится абсолютно стерильным катетером, последствием ее нередко является цистит.

Мы уже видели, что наружный отдел уретры даже у совершенно здоровых женщин содержит в себе микробов, в том числе и таких, которые являются возбудителями цистита, т. е. стрептококков, стафилококков, *b. coli* и сапрофитов. Очень вероятно, что у родильниц содержание этих микробов в уретре выше обычного. Таким образом, вводя женщине даже безупречный в смысле асептики катетер, мы можем занести им инфекцию в пузырь. Чтобы до известной степени предохранить последний от цистита, рекомендуется у подвергающихся катетеризации родильниц или после каждого применения катетера немедленно промывать

пузырь стерильным 4% борным раствором, или раз в сутки впрыскивать в него обеззараживающие вещества, напр., 10 куб. сант. 10% раствора иодоформа или ксероформа в глицерине.

Несмотря на эти предосторожности, у подвергавшихся катетеризации родильниц нередко все же потом развивается цистит, чему способствуют уже упомянутые выше изменения пузырной стенки. Болезнь эта сказывается частыми позывами на мочу и мучительными тенезмами, выделяющаяся моча представляется мутною вследствие значительной примеси гноя, реакция ее нередко оказывается щелочной, иногда у больных появляется лихорадка. Вся эта картина бывает настолько характерна, что уже на основании ее одной, без специального исследования цистоскопом, можно безошибочно поставить диагноз.

Раз у родильницы обнаружился признаки острого цистита, надо немедленно принять меры против него, так как в противном случае болезнь может или перейти в хроническую, затяжную форму, или распространиться вверх по мочевым путям, вызвав последовательные пиелит и пиелонефрит. Больной назначают молочную диету и щелочные воды (Виши, Карлсбад, Боржом и т. п.), внутрь прописывают садол, уротропин или гельмитол (по 1,0 с примесью 0,015 extracti cannabis indicae, 3 раза в день), на нижнюю часть живота кладут согревающий компресс или грелки, а впоследствии, когда острые явления стихнут, приступают к ежедневным промываниям пузыря растворами *argenti nitrici* возрастающей крепости (начиная с 1:3000—1:4000 и постепенно доходя до 1:400 или 1:500).

Наряду со случаями задержания мочи в пуэрперальном периоде встречаются и случаи противоположной аномалии — недержания мочи. Последнее обыкновенно обязано бывает своим происхождением мочевым свищам; иногда, однако, недержание мочи у родильниц развивается на почве слабости шейки мочевого пузыря, являющейся также последствием родовой травмы. Разобраться, с какого рода недержанием мочи мы имеем в данном случае дело, легко, прибегая к таким методам объективного исследования, как осмотр рукава зеркалами, наливание пузыря, зондирование его и т. п. Надо, кроме того, иметь в виду, что функциональное недержание мочи при целости пузырной стенки большею частью бывает неполным и непосто-

янным, — больная теряет лишь небольшие количества мочи при кашле, смехе и т. п.

Если у родильницы имеется мочево́й свищ, и этот свищ вскоре после своего образования имеет небольшие размеры, то в дальнейшем он может зарости сам собою. В противном случае надобно прибегнуть к его зашиванию, отложив, однако, время операции до полного рубцевания краев свищевого отверстия. При функциональном недержании мочи у родильниц применяются средства, имеющие целью поднять ослабленный тонус сфинктера мочевого пузыря, — согревающие компрессы на нижнюю часть живота, электризация пузырьной шейки, различные тонические лекарства, напр., пух vomica внутрь; иногда хорошо помогает при этом катетеризация, — вероятно, вследствие вызываемого ею раздражения пузырьной шейки.

Со стороны кишечника у родильниц очень часто наблюдаются запоры. Плохая деятельность кишечника зачастую имеет место, как мы видели, еще во время беременности; у родильниц она еще более ухудшается отчасти под влиянием лежачего положения, отчасти вследствие расслабления брюшного пресса. Являющийся результатом этого копростаз в свою очередь ведет за собою ряд невыгодных последствий: он вызывает явления стеркоремии, неблагоприятно сказывается на обратной инволюции матки и пр. Поэтому у родильниц надо заботиться о регулярном искусственном опорожнении кишечника. В Казанской клинике принято за правило — всем родильницам на 3-й день после родов давать слабительное (столовую ложку касторового масла), а затем, в случае нужды, прибегать к клизмам. Слабительное на 3-й день дается не только с целью устранения копростаза, но и с целью вызвать отвлечение на кишечник, так как именно в этот день у родильниц обычно наблюдается тягостное нагрубание груди.

Тарновский. Неск. слов о неполн. выпораживании моч. пузыря в первые дни после родов. М. В. 1869. — *Михайлова.* Сл. послер. кровотечения из моч. пузыря. Ж. А. 1889.

Эмболии в пуэрпериальном периоде. Как было отмечено выше, если не у всех родильниц, то у многих имеет место образование тромбов в маточных и вообще тазовых венах.

В отдельных случаях, под влиянием чисто механических причин, куски этих тромбов могут отрываться, уноситься потоком крови в различные органы и давать здесь эмболии. Значение последних вполне зависит от жизненной важности того органа, где образовалась эмболия, а также от калибра и физиологической роли сосуда, закупоренного заносной пробкой. Чаще всего, повидимому, эмболии имеют место в системе *a. pulmonalis*, причем, если эмбол закупорит главный ствол ее, то результатом закупорки будет, конечно, быстрая смерть; если же закупорка произойдет в одной из ветвей легочной артерии, то она может и не повести к летальному исходу, — дело ограничивается тогда образованием более или менее обширного инфаркта в легких.



Рис. 744. Асептический тромбоз маточных вен у родильницы, погибшей от эмболии легочной артерии (по Витт'у).

Повидимому, именно эмболия *a. pulmonalis* является наиболее частой причиной внезапной смерти родильниц. Однако это — не единственная причина. *Соловьев* описал, напр., 2 случая, где внезапная смерть родильниц должна быть отнесена насчет паралича сердца на почве жирового перерождения сердечной мышцы; *Севрюгов* наблюдал случай внезапной смерти после родов от апоплексии мозга и пр. Кроме того большинство современных авторов приписывает большую роль в данном отношении вхождению воздуха в вены пуперальной матки.

Клиническая картина эмболии а. *pulmonalis* довольно характерна. Если дело идет о закупорке главного ствола, то роженица, иногда чувствовавшая себя ранее прекрасно, вдруг испытывает чувство стеснения в груди, ее охватывает страх, развивается одышка, зрачки расширяются, сердечная деятельность быстро ослабевает, — и через несколько минут наступает смерть. Обыкновенно описанная картина развивается после каких-либо движений роженицы, — после ходьбы, поднятия по лестнице, как то было в одном известном мне случае, и т. п. В некоторых случаях больная временно оправляется от первого приступа, но затем одышка, чувство стеснения в груди и беспокойство вновь усиливаются, конечности холодеют, сердечная деятельность становится неправильной, — и в конце все же наступает летальный исход, хотя и не так быстро, как в описанных выше случаях.

При эмболической закупорке лишь какой-либо из ветвей а. *pulmonalis* у больной, наряду с одышкой и колющим в груди, развивается кашель и кровохаркание. Перкуссия и аускультация легких позволяют потом определить в них наличие более или менее значительного инфаркта.

Профилактика эмболий а. *pulmonalis* сводится к строгому покою рожениц, у которых есть основания предполагать наличие распространенных тромбозов вен. При происшедшей уже закупорке главного ствола легочной артерии всякое лечение является бесполезным, при образовании же легочного инфаркта последний лечится по общим правилам терапии подобных заболеваний.

В новейшее время *Trendelenburg* для тех случаев эмболии легочной артерии, где смерть не последовала слишком быстро, рекомендует героическую меру — тотчас же после обнаружения эмболии вскрывать грудную клетку, рассекать стенку артерии, извлекать из нее эмболы и затем снова зашивать. До 1915 года операция эта была применена в 5 случаях, причем в 2 из них больные остались на операционном столе, в 2 — погибли вскоре после операции, а в 1 — больная дожила до 5—20 дня, когда скончалась от сепсиса.

Кроме *a. pulmonalis*, оторвавшиеся куски тромбов у родильниц могут попадать и в другие артериальные стволы, напр., в артерии как верхних, так и нижних конечностей, результатом чего может быть омертвление последних. Эти случаи омертвления конечностей в пуэрперальном периоде надо отличать от тех, где гангрена развивается на почве закупорки вен вследствие тромбофлебита. *Холмогоров*, наблюдавший один случай гангрены ног у родильницы и собравший сведения о 23 подобных случаях из литературы, нашел, что артериальные формы допускают несколько более благоприятную прогностику, чем венозные, хотя и при них приходится прибегать к ампутации конечностей. В случае, описанном *Половым*, где у родильницы имела место гангрена обеих верхних конечностей эмболического происхождения, одну из рук пришлось ампутировать в плече.

Сочава. Неск. инт. сл. из гин. и ак. практики. Вр. 1883. — *Фейнберг*. К каз. сл. смерти в послер. пер. от эмболии лег. артерии. Еж. 1894. — *Тизенгаузен*. Embolia a. pulm. p. p. Сб. СПб. Род. Э. V. — *Соловьев*. К уч. о взез. смерти после родов. Вр. Г. 1902. — *Холмогоров*. Омертвление ног в послер. периоде. Р. Вр. 1908. — *Попов*. Гангрена верх. конечностей в послер. периоде. Ж. А. 1909. — *Брюхатов*. Сл. emboliae a. pulmonalis. Отч. Пр. В. 1911. — *Северюгов*. Сл. апроplexiae cerebri после родов. Отч. Вр. Г. 1914.

Душевные болезни родильниц. Давно уже было подмечено, что послеродовой период является временем, в течение которого женщина сравнительно часто заболевает душевными болезнями. По *Корсакову* из 10 000 родильниц заболевает последними от 6 до 16. Пуэрперальные психозы могут возникать на различной почве, — на почве септической инфекции (инфекционные психозы), на почве интоксикации, особенно после эклампсии (интоксикационные психозы), наконец, на почве общего истощения вследствие кормления грудью (лактационные психозы). Кроме того в этиологии пуэрперальных психозов несомненно играют значительную роль наследственность, сильные душевные потрясения и пр.

По своим клиническим проявлениям душевные болезни родильниц также представляют значительное разнообразие. Чаще

всего, повидимому, здесь имеют место случаи острого галлюцинаторного помешательства. На следующем месте стоят психозы с характером меланхолии и мании.

По *Ковалевскому* меланхолия преобладает среди лактационных психозов, собственно же послеродовые психозы чаще являются в форме мании и аменции.

Прогностика пуэрперальных психозов в общем является довольно благоприятною. Особенно благоприятное предсказание дают случаи острого галлюцинаторного помешательства, ^{3/4} которых оканчиваются выздоровлением по истечении времени от нескольких дней до 3—4 месяцев. Напротив, психозы с характером меланхолии дают наихудший прогноз и могут тянуться годами.

Терапия душевных болезней родильного периода сводится главным образом к профилактическим мерам, возможно раннему помещению больных в специальные лечебницы и назначению успокоительных (сульфонал, хлорал-гидрат, морфий и т. п.). Если психоз возникает на почве лактации, необходимо немедленно прекратить кормление грудью и назначить большой укрепляющие средства.

Жданов. К этиологии послер. психоза. М. Об. 1902. — *Ковалевский*. Родовые психозы. Ж. Суд. М. 1894. — *Ковалевский*. Послеродовые психозы. Р. Мед. 1894. — *Ковалевский*. Душ. заболевания периода кормления. Арх. Псих. 1894. — *Жданов*. Психозы послер. периода с этиол., клин. и суд.-мед. точки зрения. М. 1896. — *Вишубский*. К леч. послеродовых психозов. Пр. Вил. М. О. 1908.

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ*)

А.

- Абсцесс ретромаммарный 484.
 Агалактия 476.
 Акушерство, его разделение 2.
 Алексины в крови беременных 366.
 Allantois 26.
 Амнион, его образование 37, — строение 37, — физиологическая роль 38.
 Ампутации конечностей плода самопроизвольные 512.
 Анаэробы, их роль в происхождении пурпуральных болезней 404.
 Анамнез, собиране его у беременных 128, — — — у рожениц 240.
 Ангиотрипсия пуповины 261.
 Анемия злокачественная у беременных 382, — острая у родильниц 180.
 Анэнцефалия плода 81.
 Анкилоз крестцово-подвздошных сочленений 71.
 Антеверзия патологическая беременной матки 467.
 Антефлексия беременной матки 91, — послеродовой матки 488, — искусственная при атонических кровотечениях 179.
 Аорты пульсация, выслушивание ее 142, — аневризмы у беременных 422.
 Аппарат *Soxhlet'a* 361.
 Аппендицит у беременных 414.
 Артерии пупочные 53, — желточные 26, — послеродовой матки 313, — грудных желез 323.
 Артерия легочная, эмболии ее после родов 495.
 Асептика при родах 249, — при акушерских операциях 200.

- Асимметрия беременной матки 91.
 Асинклитизм задний 224, — передний 224.
 Асфиксия утробного плода 191.
 Атония матки 171.
 Атрофия матки лактационная 479, — печени острая желтая 416, — крыльев крестца 68.
 Аускультация живота беременных 141.
 Ацетонурия у беременных 103.

Б. В.

- Баллотирование головки плода 138.
 Базиотрипсия 351.
 Бандаж брюшной для беременных 179.
 Бахромки трубные, их эрекция 3.
 Белок в околоплодной жидкости 39, — в моче беременных 103, — — — рожениц 336.
 Белокровие у беременных 382.
 Беременность, ее физиология 4, — без *immissio penis* 11, — начальные стадии ее 13, — изменения плодного яйца при ней 20, — изменения в организме матери при ней 83, — ее продолжительность 110, — многоплодная 113, — — ее частота 114, — — этиология 114, — — происхождение и разновидности 115, — — течение и исходы 122, — — ее распознавание 151, — мнимая 155, — повторная, отличие ее от первой 158, — диететика ее 175, — патология ее 365, — преждевременное прерывание ее 531, — в рудиментарной половине двурогой матки 444, — внематочная, ее главные формы и разновидности 560, — — ее этиология 549, — — пато-

*) Страницы I тома обозначены обыкновенным шрифтом, страницы II т. — курсивом.

логическая анатомия 575, — — течение и исходы 580, — — распознавание 600, — — лечение 606, — — внеамниональная 513, — — внеоболочечная 513, — — искусственное прерывание ее 531.

Бесплодие при эндометрите 450, — при фибромиомах матки 454, — при сальпинго-оофорите 482.

Бешенство у беременных 371.

Бинт *Вербова* 259.

Бинтование живота у родильниц 338.

Blastula 22.

Болезни беременных 366, — — общие инфекционные 366, — — острые инфекционные 366, — — крови, обмена и внутренней секреции у беременных 382, — — пищеварительного аппарата у беременных 409, — — печени у беременных 416, — — сердечнососудистой системы у беременных 420, — — мочевых органов у беременных 422, — — нервной системы у беременных 427, — — кожные у беременных 431, — — глаз у беременных 432, — — половых органов у беременных 433, — — пuerперальные, их сущность и частота 399, — — их этиология и патогенез 404, — — их клинические формы 412, — — другие инфекционные у родильниц 467.

Болезнь *Basedow'a* у беременных 384.

Боли предвещающие 204.

Бугорчатка у беременных 379, — в послеродовом периоде 380.

Бужирование матки по *Krause* 219.

В. В.

Vaginitis granularis у беременных 434.

Вагинофиксация, влияние ее на беременность и роды 12.

Vagitus uterinus 197.

Вакцинация при родильной горячке 461.

Valvula *Eustachii* 72.

Ванны, их применение у беременных 177, — — — у рожениц 251, — — — у новорожденных 351.

Вдавления на костях черепа у новорожденного при узком тазе 41.

Vena umbilicalis 53.

Венец лучистый, отпадение его клеток 14.

Venter propendens 178.

Вены, расширение их у беременных 98, — грудных желез 323.

Vernix caseosa 82.

Вес тела женщины, изменения его при беременности 102, — — — в послеродовом периоде 337, — — — новорожденного, изменения его в первые дни жизни 350.

Вкус, изменения его при беременности 110.

Влагалище, изменения его во время беременности 93, — сокращения стенок его при родах 202, — — изменения его в родильном периоде 317, — — болезни его у беременных 433, — — сужения его у рожениц 14, — — разрывы его при родах 141, — — выпадение его у родильниц 488.

Внедрение сперматозоидов в яйцо 14.

Воды „передние“ 206, — при „целом“ пузыре 208, — „задние“ 210.

Водянка головная плода 79.

Возбудимость беременной матки 92.

Воздух, вхождение его в вены матки 188, — введение его в матку по *Rapin'у* 192, — введение его в дыхательные пути мнимоумерших новорожденных 194.

Ворсинки хориальные 36.

Вправление предлежащей и выпавшей пуповины 262, — предлежащей и выпавшей ручки 264.

Врезывание предлежащей части плода при родах 210.

Всасывание из желудка у беременных 107.

Вскармливание новорожденных искусственное 357.
 Вставание раннее после родов 337.
 Втирания ртутные при родильной горячке 463.
 Вульва, изменения ее при беременности 94, — — — в пурперальном периоде 317.
 Вульво-вагинит гонорройный у беременных 433, — пурперальный 417.
 Вывих тазобедренных суставов, влияние его на таз 74.
 Выворот матки 183.
 Выдавливание частей плодного яйца по *Budin'y* 553.
 Выжимание плаценты по *Credé* 264, 139, — плода по *Kristeller'y* 346.
 Выкидыш 531, — ранний 536, — шеечный 537, — неполный 541, — гнилостный 542, — септический 542, — преступный 205, — трубный 582, — искусственный 204.
 Выпадение матки при беременности 477, — — после родов 488, — ручки при поперечных положениях 102, — конечностей плода при головном предлежании 106, — пуповины 109, — плаценты 128.
 Выполнение защиты промежности при родах 254.
 Выскабливание матки при выкидыше 210, — при пупридном эндометрите 432.
 Вычерпывание плодного яйца 210.

Г. Г. Н.

Галакторрея 476.
 Гаметы 13.
 Гематома вульвы и рукава при родах 165, — широкой связки 168, — тазовой клетчатки 168.
 Гематосальпинкс при внематочной беременности 587.
 Haematocele retrouterina 586, — peritubaria 588.

Гемидефалия плода 87.
 Гэмобласты 74.
 Гэмогонии 74.
 Гэморрой у беременных 98.
 Гэмостаз профилактический при кесарском сечении 382.
 Herpes zoster у беременных 431.
 Гиганты синдитиальные 35, — — в миометрии у беременных 85, — — в легочных сосудах у беременных 108.
 Hydramnion см. Многоводие 506.
 Hydrorrhoea gravidarum 452, — — annualis 453, — — decidualis 453.
 Hymenotomia 238.
 Гиперлейкоцитоз у беременных 100, — у рожениц 220, у родильниц 335.
 Гипертрофия матки при беременности 83.
 Hypophysis cerebri, изменения его у беременных 103.
 Гирудин 47.
 Hysterostomatia 225.
 Гликоген в децидуальных клетках 29, — в околоплодной жидкости 39.
 Головка плода зрелого, ее анатомические особенности 58, — — — ее размеры 59, — — — конфигурация при родах в затылочных предлежаниях 232, — — — — в передне-теменных предлежаниях 237, — — — — в лицевых предлежаниях 283, — — — — в лобных предлежаниях 288, — — — — в тазовых предлежаниях 294, — — — освобождение ее при родах в предлежаниях тазовым концом 294, — — — чрезмерно большая 78.
 Голодание при беременности 102.
 Гоноррея вульвы и рукава у беременных 433, — ascendens 468.
 Гормоны плаценты 104, — грудных желез 325, — влияние их на грудные железы 325.

Горячка родильная 452, — — ее этиология 452, — — формы 452, — — клиническая картина 454, — — профилактика и терапия 459.

Graviditas ovarialis 563, — abdominalis 561, — tubaria 564, — — interstitialis 564, — — isthmica 564, — — ampullaris 564, — tubo-uterina 565, — fimbriae ovaricae 565, — tubaria intraligamentaris 565, — intramuralis 566, — tubo-ovarialis 566.

Грудь, их изменения у беременных 99, — стационарная гипертрофия их 100, — развитие их 318, — строение их 320, — секреторная деятельность их 323, — болезни их у родильниц 476.

Грудница, ее этиология 481, — формы 484, — время появления 482, — клиническая картина и течение 482, — профилактика 483, — терапия 483.

Грыжи беременной матки 478.

Гуммы плаценты 375.

Д. Д.

Давление кровяное у беременных 101, — — у новорожденных 345.

Движения плода 82, — — время, когда беременные начинают их ощущать 82.

Двойни 115, — двуяйцевые 115, — однойяйцевые 117, — моноамниотические 120, — сросшиеся 83.

Дезинфекция рук при исследовании беременных 146, — — по *Fürbringer*'у 246; — — по *Ahlfeld*'у 244, — — по *Heusner*'у 245, — — по *Herff*'у 245, — — по *Заблудовскому-Татарнову* 245, — операционного поля при акушерских операциях 202.

Декапитация 369.

Декапсуляция почек при эклампсии 405.

Депортация ворсин 50.

Дермографизм у беременных 109.

Дермоид тазовой клетчатки, как причина затруднения родов 25.

Десмоиды брюшных стенок, роль беременности в их этиологии 98.

Дети-великаны 78.

Decidua, ее образование 27, — физиологическая роль 29, — строение 30, — vera 32, — reflexa 31, — serotina 32, — образование ее при внематочной беременности 575.

Децидуальное изменение мукозы маточного тела 89, — — — цервикального канала 90, — — брюшины 90, — — яичниковой стромы 92, — — трубной мукозы 93.

Диабет у беременных 382.

Diverticulum *Meckeli* 261.

Диета *Prochownik*'а 181.

Дизентерия у беременных 371.

Dismenorrhoea membranacea, смешение ее с ранним выкидышем 548.

Дифтерия у беременных 371, — пупэрпальная 471.

Дифеалия 84.

Длина утробного плода в различные месяцы беременности 54, — — — ее определение 54.

Дно маточное, высота его стояния в разные месяцы беременности 159, — — — — — при родах 192.

Долихоцефалия плода 275.

Дренирование матки при ее разрывах 148, — — при пупэрпальном эндометрите 431.

Дрожжи, применение их при родильной горячке 463.

Ductus omphalo-entericus 53, 261, — venosus *Arantii* 72, — arteriosus *Bo-tallii* 72.

Duplicitas asymmetros 441.

Дыхание плода плацентарное 75, — — легочное 76, — у родильниц 334, — причины первого дыхания плода 345, — искусственное при мнимой смерти новорожденных 194.

Е. Э.

- Эвисцерация 372.
 Einkindsterilität 570.
 Эйякуляция 11.
 Экболические средства 534.
 Exochorion 35.
 Exosölm 21.
 Эклампсия 385, — без судорог 386, частота 386, — формы 387, — этиология и патогенез 388, — симптомы 394, — прогностика 396, — распознавание 398, — лечение 400.
 Экскреция у плода 80.
 Экстирпация матки после извлечения плода 392, при родильной горячке 465.
 Экссеребрация 359.
 Электричество для ускорения обратной инволюции матки после родов 486.
 Электрокардиографический способ распознавания двойничной беременности 169.
 Эмболия воздушная при родах 187, легочной артерии у родильниц 494.
 Эмбриотомия 367.
 Эмфизема подкожная у рожениц 182.
 Эндокардит у беременных 420, — септический при родильной горячке 456.
 Эндометрий, его изменения у беременных 89, — его регенерация у родильниц 312.
 Эндометрит у беременных 450, — р. abortum 558, — пуэрперальный 420, — пугридный 421, — септический 423.
 Эндосальпингит, роль его в происхождении внематочной беременности 571.
 Эпидермис, слушивание его у новорожденных 347.
 Эпизиотомия профилактическая 239, — при рубцовых сужениях половой щели 239.

- Эпилепсия у беременных 428, — отличие ее от эклампсии 398.
 Эритробласты 75.
 Эритроциты у зародыша 75.
 Эхинококки беременной матки 467, — в тазу, вызываемые ими затруднения родов 24.

Ж.

- Желтуха новорожденных 347, — у беременных 416.
 Желудок, периодическая деятельность его при беременности 107.
 Живот, его форма при беременности 96, — — — при родах 194.
 Жидкость околоплодная, ее состав 39, — — количество 39, — — происхождение 40, — — физиологическое значение 40, — — проглатывание ее плодом 40, — — аномалии ее при беременности 491.

З.

- Задержка плаценты при родах 133, — оболочек 139.
 Зажим *Bar'a* на пуповину 262.
 Закон *Геллина* 114, — *Propheta* 376, — *Colles'a* 377, — *Werth'a* 606.
 Законы *Mendel'я* 127.
 Замок в щипцах 312.
 Занос пузырный 491, — кровяной 538, мясной 538.
 Запоры у беременных 98, — у родильниц 339.
 Зародыш, его развитие 54.
 Зачатие 13.
 Зев маточный, раскрытие его при родах 199, — — надрывы у рожениц 152.
 Зигота 13.
 Зоб врожденный, роль его в этиологии лицевых предлежаний 276.
 Зубы, болезни их у беременных 106.

И. I.

- Извлечение головки плода при родах 257, — последующей головки 304, плода за тазовый конец 301, — щипцами 321, — головки плода после перфорации 362, — — — после декапитации 371.
- Изгоняющие силы при родах 188, — — — их аномалии 1.
- Ileus у беременных 415.
- Имплантиция яйца в матке 18.
- Insertio funiculi umbilicalis centralis 52, — — — lateralis 52, — — — marginalis 52, — — — velamentosa 52.
- Инфантилизм матки, влияние его на зачатие и беременность 439, — — — на роды 2, — труб, роль его в этиологии внематочной беременности 573.
- Инфаркт мочекишлый у новорожденных 347, — белый плаценты 518, легких при эмболиях легочной артерии 495.
- Инфлюэнца у беременных 370.
- Исследование беременных 128, — рожениц 239.
- Истерия у беременных 428.
- Isthmus, его состояние в беременной матке 88.
- Ишио-пубитомия 258.
- Ischuria paradoxa при retroflexio uteri gravidi 471.

К. С.

- Кал первородный 348, — — отхождение его при асфиксии плода 192.
- Каловые массы, скопление их у рожениц 26.
- Камни печеночные у беременных 419, — мочевые, как причина затруднения родов 26.
- Канал половой, рубцовые сужения его 14.

Канал цервикальный, состояние его при беременности 88, — — — при родах 199.

Канальцы семенные 6.

Канатик пупочный см. Пуповина 50.

Капилляры *Jungblüth*'а 40.

Кастрация, влияние ее на беременность 105.

Катетеризация мочевого пузыря, как причина цистита 492.

Каучуковые тазы 66.

Качания по *Schultze* для оживления мнимоумерших новорожденных 194.

Кесарское сечение влагалищное 232, — — абдоминальное 374, — — классическое на живых 376, — — надлобковое 387, — — внебрюшинное 390, — — на мертвых и в агонии 395.

Кефалогематома 41.

Кефалотриб 360.

Кефалотрипсия 360.

Кисты плаценты 520, — яичника у беременных 486, — — у рожениц 24.

Кифоз, влияние его на форму таза 69.

Кишечник, деятельность его у беременных 106, — — — у рожениц 491, — — — у новорожденных 348.

Клейдотомия 366.

Клетка грудная, емкость ее у беременных 108.

Клетки первичные семенные 5, — *Sertoli* 8, — децидуальные 29, — *Langhans*'а 35.

Kletterpuls 450.

Кожа, изменения ее у беременных 109, — болезни ее у беременных 431.

Coitus 10.

Коксит, влияние его на форму таза 73.

Коллизии близнецов при двойничных родах 97.

Кольпейринтер для вызывания позднего выкидыша 213, — — — искусственных преждевременных родов 222.

- Colpohyperplasia cystica у беременных 435.
- Кольца резиновые для перевязки пуповины 262.
- Кольцо сокращения при судорожных потугах 12, — — при грозящем разрыве матки 145.
- Кома при эклампсии 395.
- Комната для родов 249.
- Conglutinatio orificii externi 17.
- Кондиломы острые у беременных 436.
- Консистенция матки у беременных 92.
- Конъюнктивит гонорройный у новорожденных, его профилактика 268.
- Копуляция ядер 16.
- Кормилица, выбор ее 355.
- Кормление новорожденных грудью матери 342, — — кормилицы 355, — — искусственное 357, — — смешанное 363.
- Корь у беременных 369.
- Котиледоны плаценты 46.
- Краниоклазия 362.
- Краниокласт 362.
- Краниопаги 89.
- Краниотомия 384.
- Кровать для родов 250.
- Кровоизлияния внутречерепные у ребенка при родах, осложненных сужениями таза 42.
- Кровообращение плода желточное 69, — — плацентарное 71, — — аллантоидное 70, — у новорожденного 345.
- Кровопускания при эклампсии 403.
- Кровотечения при внематочной беременности 585, — у рожениц при предлежании последа 120, — — при отслойке плаценты, сидящей на нормальном месте 129, — — при разрыве сосудов пуповины 115, — при разрывах матки 145, — атонические 171, — у рожениц 486, 488.
- Кровь плода 74, — у беременных 100, — у рожениц 220, — у родильниц 335.
- Крючек, извлечение им за ягодицы 293, — декапитационный 368.
- Ксифопаги 91.
- Кувезы для недоносков 350.

Л. Л.

Lactagoga 332.

Лактация чересчур продолжительная 476.

Лакуны pl. maternae 49.

Lanugo 57, — в меконии 40.

Лапаротомия при внематочной беременности 617, — при разрывах матки 149.

Lateroversio dextra беременной матки 91.

Легкие, деятельность их у беременных 108.

Лекарства, применение их у беременных 182, — переход их в молоко 332.

Лейкоциты, роль их в переходе питательных веществ от матери к плоду 326.

Linea alba, изменения ее у беременных 98.

Лиоцитарная способность клеток трофобласта 18.

Lithoraedion при беременности в рудиментарной половине двойной матки 445, — при внематочной беременности 581.

Лихорадка молочная 334, — перемежающаяся у беременных 371, — реворбционная 415.

Лонное соединение, врожденные расщепления его 27, — разрывы его при родах 169, — воспаление его у родильниц 170.

Лоханки почечные при беременности 95.

- Лохии 315, — бактериологическое исследование их при пуэрпальных болезнях 427.
Lochiometra 415.
 Лучи *Röntgen*'а, исследование ими беременных 133.
 Ляпис, введение его растворов при родильной горячке 462.

М.

- Маисовая головня при слабости родовых сокращений матки 6.
 Маловодие 510.
 Мания у беременных 430, у родильниц 498.
 Марсупиализация при поздних ступенях внематочной беременности 619.
 Мастит см. Грудница 481.
 Матка, ее изменения при беременности 83, — — — при родах 188, — — — после родов 309, — заболевания ее при беременности 439, — разрывы ее при родах 141, — атония ее 171, — выворот ее 183, — аномалии положения ее в послеродовом периоде 488.
 Маточные придатки, их заболевания у беременных 482, — — опухоли их у рожениц 24, — — септические воспаления их у родильниц 437, — — гонорройное воспаление их у родильниц 468.
 Мацерация плода 526.
 Мезобласт 21.
 Меконий см. Первородный кал. 81.
 Меланхолия у родильниц 498.
 Менструация при беременности 129, — при лактации 332.
 Метрейриз при *pl. praevia* 125, — при преждевременном отделении плаценты, сидящей на нормальном месте 132, — с целью расширения несглаженной шейки 228, — для преждевременного прерывания беременности 222.
 Метрит пуэрпальный 434.
Metritis dissecans 436.
 Механизм отделения плаценты *Schultze*'вский 212, — — — *Duncan*'овский 212, — родов в черепном предлежании 222, — — — — аномалии его 236, — — в лицевом предлежании 279, — — — — аномалии его 286, — — в лобном предлежании 286, — — в предлежаниях тазовым концом 291, — — — — отклонения его от нормы 296, — — при плоском тазе 37, — — при общеравномернос'уженном тазе 51, — — при общес'уженном плоском тазе 54, — — косо-с'уженных тазах 76.
Migratio ovi externa 4, — — — роль его в этиологии внематочной беременности 573.
 Микробы, их переход через плаценту 367, — их выделение с молоком 332, — вызывающие пуэрпальные заболевания 404.
 Миксэдема у беременных 104.
 Missed abortion 528, — labour 528.
 Многоводие у беременных 506, — при родах 509.
 Молозиво, его отделение у беременных 99, — состав 329, — отделение у родильниц 323, — — отделение у новорожденных 347.
 Молоко, его происхождение 325, — состав 329, — количество 330, — изменения его состава под влиянием пищевого режима 330, — — — — — болезней 332, — кормилиц, определение его пригодности 356, — коровье 357, отличие его от женского 357, — — приготовление его для искусственного вскармливания 358, — ослиное 357.
*Montgomer*овы железы 99, — изменение их при беременности 99.
Morbus maculosus Werlhofii у беременных 383.

Morula 17.

Моча при беременности 102, — у рожениц 220, — у родильниц 336, — у новорожденных 348, — задержание ее у родильниц 492, — недержание ее у родильниц 493.

Мочевина в околоплодной жидкости 39.

Мочеиспускание утробного плода 80.

Мочеточники, состояние их при беременности 95.

Мумификация плода 527.

Мышечная деятельность утробного плода 81.

Мышцы поперечнополосатые, появление их в матке при беременности 86.

Н.

Надпочечники, изменения их у беременных 104.

Надрезы маточной шейки 225, — рукава 288 — половой щели 239.

Надрывы маточного зева 152, — рукава 154, — уздечки 164.

Наркоз при родах 272, — при акушерских операциях 203.

Наружные половые части см. Вульва 94, 317.

Насечки при отеке вульвы у рожениц 239.

Невральгии у беременных 109.

Нервная система, деятельность ее у плода 82, — — состояние ее у беременных 109, — — — — у родильниц 336.

Нефрит у беременных 422.

Новообразования см. Опухоли 453.

Новорожденный, уход за ним тотчас после рождения 267, — изменения в его организме в первые дни внеутробной жизни 345, — диетика его 350.

Нож для декапитации 371.

Ножницы для клейдотомии 366.

О.

Обвитие пуповины вокруг частей плода 522.

Обглядывание 183.

Обезболивание родов 271.

Обмен веществ у плода 79, — — у беременных 102, — — у родильниц 335, — — при остеомалации 61.

Оболочки плодного яйца материнские 27, — — — плодовые 35, 37 — — — их аномалии 514, — — — их задержание 139.

Овариотомия у беременных 608.

Овуляция во время беременности 93, — в пuerперальном периоде 318.

Одежда беременных 178, — новорожденных 351.

Оживление мнимоумерших новорожденных 193.

Операции акушерские 199, — — общие правила их 199, — — подготовительные 204, — — родоразрешающие 286.

Операция *Porro* 392.

Оплодотворение 3, — искусственное 12.

Опухоли половых частей у беременных 453, — матки у рожениц 24, — рукава и вульвы у рожениц 24, — яичников у рожениц 24, — таза 25.

Опухоль головная 234.

Орошение постоянное при пuerперальном эндометрите 433.

Освобождение ручек плода при экстракции за тазовый конец 303.

Осмотр беременных 134.

Оспа у беременных 369.

Остеомалация физиологическая при беременности 106, — патологическая 56.

Остеофиты у беременных 105.

- Отеки вульвы при родах 239.
 Офтальмобленнорея новорожденных 268.
 Ошибки в распознавании беременности 155.
 Ощупывание живота беременных 135.

П. Р.

- Палочки *Döderlein*'а в рукаве беременных 94, — *Koch*'а, переход их чрез плаценту 379, — кишечные 408, — роль их в происхождении пuerперальных заболеваний 408, — *Nicolaier*'а 472.
 „Пальцы“ резиновые, применение их взамен перчаток 247, — — *Legueu* 247.
 Паравагинит флегмонозный 448.
 Параличи у беременных 429.
 Парамастит 484.
 Параметрит пuerперальный 440.
 Парезы у беременных 429.
 Перевязка вен при пuerперальной пнемии 465.
 Передвижение яиц 3.
 Переломы костей у беременных 534, — костей таза 76.
 Перетяжка эластическая по *Motburg*'у 178.
 Периметрит пuerперальный 440.
 Перисальпингит, роль его в происхождении внематочной беременности 483.
 Перистальтика труб 5, — маточной мышцы при родах 189.
 Перитонит пuerперальный 440.
 Перфораторы трепановидные 352, — ножницевидные 353, — копьевидные 353.
 Перфорация головки плода 355, — — под контролем зрения 356, — матки при выкидыше 210.
 Перчатки резиновые, употребление их при исследовании рожениц 245, — — их стерилизация 245, — — выгоды и невыгоды 246.

- Петлевод 294.
 Петля для извлечения плода за ягодицы 294.
 Петрификация плода 527.
 Печень у беременных 107, — при эклампсии 390.
 Пигментация сосков и околососковых кружков при беременности 99, — кожи у беременных 109.
 Пигопаги 86.
 Пиелит у беременных 425.
 Пневмия пuerперальная 452.
 Пионефроз у беременных 426.
 Pycovarium при беременности 484.
 Pycosalpinx у беременных 484, — септический у родильниц 439, — гоноройный у родильниц 462.
 Питание утробного плода 76.
 Питуитрин при слабости родовых потуг 7.
 Пищевой режим беременных 180, — — родильниц 339.
 Плацента 42, — ее строение 43, — размеры 42, — положение 43, функции 42, — изменения при сифилисе 374, — — при эклампсии 391, — аномалии 514, — гипертрофия 515, — membranacea 515, — succenturiata 515, — marginata 516, — воспаления ее 517, — инфаркты 518, — опухоли 520, — praevia 116, — выпадение ее при родах 128, — преждевременная отслойка ее при нормальном местоположении 129, — задержание ее 133.
 Плева девственная, неподатливость ее у рожениц 19.
 Плечики плода, их прохождение чрез таз 230, — — их освобождение 259.
 Плод утробный, его развитие 54, — — анатомические особенности в разные месяцы утробной жизни 55, — — положение 60, — — отправления 68, — — судьба при острых инфекционных болезнях матери 367,

- — — при сифилисе 373, — — аномалии его 78, — — его изменения после смерти 526.
- Пнеймококки 40^с, переход их от матери к плоду 371, — этиологическая роль при пuerперальных болезнях 409.
- Пнеймония крупозная у беременных 371.
- Поворот акушерский 265, — — его виды 266, — — общие показания 266, — — условия 266, — — с поперечного положения на головку 266, — — с поперечного положения на тазовый конец 272, — — с головки на тазовый конец 281, — — с тазового конца на головку 285.
- Подготовка больных для акушерских операций 201.
- Позиции плода 60.
- Пол плода 173, его причины 174, — — распознавание 175.
- Полигалактия 476.
- Полиневроит у беременных 429.
- Полипы цервикального канала у беременных 451, — плацентарные 487, маточные у беременных, отличие их от выкидыша 548.
- Положение плода 60, — беременной при исследовании 132, — родильницы 250, — поперечное 99, — больных при акушерских операциях 201.
- Полоска фибринозная *Nitabuch'a* 45.
- Полость амниональная, ее образование 21, — желточная 21, — матки, увеличение ее при беременности 87.
- Пороки сердца у беременных 420, развития матки у беременных 439.
- Послед, его отделение при родах 263, — его изгнание 217, — его выживание 266.
- Последовый период родов 263.
- Послеродовой период, его физиология 309, — — его диететика 337, — — его патология 399.
- Пособие ручное при родах в тазовых предлежаниях 299.
- Потоотделение у родильниц 336.
- „Почка беременных“ 423.
- Почки, состояние их у беременных 102, — болезни их при беременности 422, — при эклампсии 388.
- Пояс соприкосновения 234.
- Предлежание конечностей плода при головных предлежаниях 106, — пуповины 109, — плаценты 116.
- Предлежания плода 222.
- Преспермиды 7.
- Пресс брюшной, его работа при родах 201, — — слабость его сокращений 13.
- Прием *Smellie* двойной 279, — *Ritgen'a* 338.
- Признак *Hegar'a* 92, — *Strassmann'a* 266.
- Признаки беременности 151.
- Приращение плаценты 133.
- Прободник режущий сперматозоидов 9.
- Прогноз беременности и родов, его установка 175.
- Промежность, ее защита при родах 254, — ее разрывы 156, — ее подерживание при щипцах 328.
- Промоториум, его прощупывание 147, его резекция 259.
- Промывания брюшины при операциях по поводу внематочной, беременности 612, — матки при атонии 509, — — при пuerперальном эндометрите 430.
- Pronucleus masculinus 16, — femininus 16.
- Прорезывание головки при родах 210.
- Пространство межворсинчатое 46.
- Pruritus у беременных 431.
- Псевдо-эклампсия 399.

Психика, изменения ее у беременных 109.

Психозы у беременных 430, — у родильниц 497.

Птиализм у беременных 414.

Пубитомия 250.

Пузырь желточный 24, — мочевой при беременности 95, — — заболелания его у родильниц 491, — плодный, его роль при родах 206, — — его лопание 206, — — искусственный разрыв его 259.

Пульс у родильниц 334.

Пункция мочевого пузыря при *incarceratio uteri gravidi retroflecti* 474, — головки плода при головной водянке 80, — пробная при внематочной беременности 604.

Пуповина, ее образование 50, — строение 53, — освобождение при родах 260, — перевязка и перерезка 260, — ее аномалии при беременности 522, — — — при родах 110.

Пуповинный остаток, его отпадение 346, — — уход за ним 352, — — кровотечения из него 354.

Пупок, состояние его у беременных 97.

Putrescentia uteri 430.

P. R.

Развитие яйца 20, — яйцевых оболочек 21, — плода 55, — матки обратное после родов 309, — других частей полового аппарата обратное у родильниц 317, — матки обратное порочное 485.

Разрез брюшных стенок при кесарском сечении 380, — матки при кесарском сечении 381, — *Schuchardt'a* 234.

Разрыв *Graaf'*овых пузырьков 3, — пузыря при родах 206, — матки во время беременности 478, — маточной шейки при выкидыше 544, —

плодовместилища при внематочной беременности внутренний 582, — — — — наружный 582, — пуповины при родах 115, — мягких частей родового канала при родах 141, — тела матки 141, — маточной шейки 152, рукава 154, половой щели 156, — тазовых сочленений при родах 168, — плодного пузыря искусственный 259.

Рак матки у беременных 460, — — у рожениц 23.

Ранения беременной матки 481.

Расширение цервикального канала кровавое 225, — — — некровавое 228, — рукава кровавое 238.

Расширитель *Bossi* 229.

Рахит, как причина сужений таза 35, — отношение его к остеомалиции 35.

Рвота беременных физиологическая 106, — — неукротимая 409.

Реакция *Abderhalden'a* 152, — — при внематочной беременности 602, — *Russo* 154, — *Умикова* 358.

Резекция вен при пуэрперальной пияэмии 465, — мыса крестцовой кости 259.

Ректальное исследование беременных 150, — — рожениц 243.

Relâchement articulaire 170.

Реотаксис сперматозоидов 12.

Репозитории для вправления пуповины 114.

Ретроверзия беременной матки 468.

Ретроплацентарное кровоизлияние 130.

Ретрофлексия матки, влияние ее на зачатие 12, — беременной матки 468, — матки после родов 488.

Reflexa-placenta 117.

Рефлексы у беременных 109.

Ригидность мягких частей родового канала у рожениц 17.

Родильная горячка 452.

- Сибирская язва у беременных 370.
 Силы изгоняющие при родах 188, —
 — — — их аномалии 1.
 Симфизеотомия 240.
 Симфизит 170.
 Синостозы в крестцово-подвздошных
 сочленениях 68.
 Синус плаценты краевой 46.
 Синцитий 35, — его физиологическая
 роль 37.
 Синцитиолизины 392.
 Синцитиотоксины 392.
 Сифилис у беременных 372, — пла-
 центы 374, — утробного плода 375.
 Скарлатина у беременных 370.
 Скелет, изменения его у беремен-
 ных 105.
 Складка *Schultze* 54.
 Склонение головки плода *Litzmann'* ов-
 ское 39, — — — *Naegele'* вское 39.
 Сколиоз, влияние его на форму таза
 72.
 Скорбут у беременных 383.
 Слабость родовых сокращений матки
 1.
 Слоноотделение у беременных 414.
 Смерть матери внезапная во время
 беременности 396, — во время ро-
 дов 187, — в послеродовом периоде
 187, утробного плода 169, — — —
 ее распознавание 170, — новорож-
 денного мнимая 190.
 Сок перчаточный 246.
 Сокращения матки родовые 188, —
 — — их аномалии 1, — — —
 слишком слабые 1, — — — слиш-
 ком сильные 9, — — — чрезмерно
 болезненные 10, — — — судорож-
 ные 10.
 Соскальзывание ложек щипцов 327.
 Соски, их подготовка у беременных
 179, — их строение 321, — уход за
 ними у кормящих грудью 343, —
 резиновые для искусственного
 вскармливания 362, — их трещины
 у кормящих грудью 479.
 Сосуды пупочные 54, — лимфатиче-
 ские амниона 38, — — плаценты
 50, — — матки при беременности
 85, — — грудных желез 323, —
 кровеносные матки при беремен-
 ности 85, — — — при родах 196,
 — — — в послеродовом периоде 311.
 Сочленения таза у беременных 106,
 — — разрывы их при родах 168,
 — — — — при симфизеотомии 244,
 — — — — при пубиотомии 250.
 Сперматогонии 7.
 Сперматозоиды (спермии), их развитие
 5, — строение у человека 8, —
 биологические свойства 9, — пе-
 редвижение в половом канале жен-
 щины 10, — встреча с яйцом 13.
 Спермиды 7.
 Спирахэты бледные в плаценте 375.
 Спондилеза 55.
 Спондилолистез 54.
 Спондилотомия 372.
 Спринцевания рукавные у беремен-
 ных 177, — — при родах 252, —
 — в послеродовом периоде 341.
 Срок беременности, его определение
 111.
 Стафилококк гноеродный при пuer-
 перальных болезнях 467.
 Стерилизация инструментов при аку-
 шерских операциях 201.
 Стернопаги 93.
 Стернотомия 366.
 Стетоскоп акушерский 141.
 Стрептококк гноеродный, его пере-
 дача от матери плоду 542, — — его
 роль при пuerперальных заболева-
 ниях 405.
 Striae gravidarum 97.
 Стриктура внутреннего зева при ро-
 дах 14.
 Студень *Wharton'* ова 53.
 Subinvolutio uteri post partum 485.
 Судороги при эклампсии 395.
 Сулема, вливание ее растворов при
 родильной горячке 463.

Superfoecundatio 127.
 Superfoetatio 125.
 Суставы, поражение их при пуэрпериальной пиэмии 456.
 Сухотка молочная 478.
 Сыворотка крови у беременных, ее бактерицидность 366, — антистрептококковая, применение ее при родильной горячке 460.

Т.

Таза женский, его аномалии 27, — — чрезмерноширокий 27, — — расщепленный 27, — — узкий, его частота 28, — — — этиология 28, — — — классификация 28, — — — плоский нерахитический 33, — — — плоский рахитический 34, — — — общеравномерно суженный 49, — — — общесуженный плоский 52, — — — спондилолистетический 54, — — — остеомалатический 56, — — — Robert'овский 68, — — — воронкообразный 69, — — — кососуженный, его разновидности 71.
 Тампонация рукава при выкидыше 219, — матки при атонических кровотечениях 175.
 Температура утробного плода 80, — в половом канале беременных при живом и мертвом плоде 171, — тела у рожениц 220, — — у родильниц 334, — — у новорожденного 345.
 Тетания у беременных 384.
 Tetanus puerperalis 472.
 Тиф брюшной у беременных 368, — сыпной у беременных 369, — возвратный у беременных 369.
 Токодинамометр 190.
 Токсикозы беременности 105.
 Торакопаги 91.
 Тощота у беременных 107, — — — меры против нее 411.
 Тракции щипцами 326.

Трещины сосков у кормящих 479.
 Тройни, их распознавание 169.
 Тромбы в маточных сосудах после родов 494, — в тазовых сосудах при пуэрпериальной пиэмии 453, — асептические в венах таза и нижних конечностей 449.
 Трофобласт 17.
 Трубы Fallopi'евы, изменения их у беременных 93.
 Туженье рожениц несвоевременное 255.
 Туловище плода, чрезмерная его величина 82.

У. У.

Удвоения матки у беременных 440.
 Уздечка, ее надрывы при родах 164.
 Узел зародышевый 21, — эктобластный 21, — энтобластный 21.
 Узлы варикозные у беременных 94, — пуповины истинные 51, — — ложные 51.
 Узуры матки при родах 149.
 Ulcera puerperalia vulvae et vaginae 417.
 Умирание плода привычное 218.
 Unguentum colloidalе Credé. 462.
 Уретра, ее изменения у беременных 95, — ее перегиб после родов 492.
 Условия необходимые для акушерских операций 199.
 Uterus arcuatus, слабость маточных сокращений при этой аномалии 3, — — поперечное положение при ней 100.
 Ущемление перегнутой назад беременной матки 471.

Ф. F. Ph.

Фибромиомы матки у беременных 453, — — роды при них 20.
 Physometra 527.
 Фиксаторы в крови беременных 366.

Fimbria ovarica, роль ее в передвижении яйца 3, — — — внематочная беременность на ней 565.
Phlegmasia alba dolens 449.
 Флегмона тазовой клетчатки 445, — грудной железы 514.
Foetus papuraceus, 125, 527 — *sanguinolentus* 526.
 Фоликулы примордиальные с 2 яйцеклетками 116.
Foramen ovale 72.

X. Ch.

Хемиотаксис сперматозоидов 12.
 Ход амниональный 22, — желточный 24.
 Холера у беременных 369.
Chorea gravidarum 427.
Chorio-epithelioma 498.
 Chorion, его образование 23, — строение 35, — физиологическая роль 37, — *laeve* 36, — *frondosum* 36.
 Хромозомы яйцевой клетки 17, — семенной клетки 7, — оплодотворенного яйца 17.

Ц.

Центр тяжести тела плода 62.
 Цистит у беременных 427, — у родильниц 492.

Ч.

Части плода крупные 138, — — — мелкие 138.
 Череп младенца 58, — форма его при затылочном предлежании 232, — — — — при передне-теменном предлежании 237, — — — — при лицевом предлежании 275, при лобном предлежании 288, — — — — при тазовых предлежаниях 294, — — — — при узком тазе 41.
 Членорасположение плода 67, — — — его аномалии 106.

Ш.

Шарики кровавые, их образование у зародыша 69.
 Шейка матки, изменения ее при беременности 88.
 Шов лобный 58.
 Шум маточный 142, — пуповины 144.

Щ.

Щипцы 308, — их история 308, — устройство 311, — действие 314, — показания к ним 317, — условия для их применения 318, — техника применения при черепных предлежаниях 321, — высокие 320, — с осевыми тракциями 337, — *Лазаревича* 339, — при лицевых предлежаниях 342, — при лобных предлежаниях 344, — на последующую головку 345, — на ягодицы 296, — пробные 379.
 Щитовидная железа, изменения ее при беременности 103.

Я.

Яблоко глазное, поражение его при пуэрперальной пиэмии (панофталмит) 456.
 Язык, повреждения его при эклампсии 395.
 Яйца двуядерные 117.
 Яйцо, его выхождение из *Graaf*'ова пузырька 3, — переход в трубу 3, — передвижение по трубе 4, — оплодотворение 13, — сегментация 17, — прививка в матке 18, — развитие, его составные части 27.
 Яичники, их изменения при беременности 94, — воспаление у беременных 482, — опухоли у беременных 486, — — — при родах 24, — их воспаление у родильниц септическое 413, — — — — — гонорройное 468.

ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ.*)

А.	Стр.		Стр.
Abderhalden .	152, 153, 154, 157, 602	Анисимов	151
Абражанов	443, 559, 6, 9, 386	Антонович	114
Абрамов	498	Антоновский	224, 459, 467
Абрамович 480, 481, 531, 24, 26, 27, 232		Антошевский	139
Абреков	525	Антушевич	411, 413, 420
Абуладзе 267, 369, 372, 381, 394,		Ануфриев 100, 102, 134, 150, 243,	
445, 449, 114, 115, 151, 165, 466		248, 410, 411, 414, 432, 529,	
Авенариус	174, 181	531, 605, 71, 76, 109, 129, 150,	
Автандилов	491, 387	203, 286, 420, 431, 433	
Агапов	624	Аншелес	433
Агафонов	169, 574, 79, 360	Арбеков	419
Адольфи	13	Аргутинский-Долгоруков	225
Айзенберг	114	Арендт	16
Айзенштадт	387	Арне	599
Aitken	250	Ардт	467
Акацатов	249, 151	Ариштейн	498
Акимова	114	Артемьев 219, 317, 351, 354, 605,	
Аксаков	420	67, 348, 403, 404, 433	
Акулов	453	Архангельский 273, 274, 71, 96,	
Алалыкин	335	189, 466	
Albrecht	89	Архипов	506, 510
Александров 289, 381, 408, 414,		Асотский	333
420, 421, 422, 460, 466, 481, 96,		Асташевский	371
139, 150, 151, 170, 215, 225,		Атабеков	415, 416, 488
258, 387, 445, 461, 466		Атлас	443, 562, 569
Алексеев	80, 81, 498, 22, 167, 183	Афанасьев	5, 510, 415
Алексенко	399, 400, 143, 150	Ахиезер	514
Альперин	13	Ахшарумов 151, 161, 165, 232, 307,	
Ahlfeld	214, 244, 362	308, 434	
Аменитский	314, 474, 477		
Ананов . 408, 419, 624, 181, 182, 345			
Андреев . 142, 145, 260, 262, 314, 20			
Андриашев	599		
Аникеев	271		

• Б. В.

Бабанасянц	60, 347, 16
Багрянский	366
Бажанов	373
Байков	151

*) Страницы I тома обозначены обыкновенным шрифтом, страницы II тома — курсивом.

	Стр.		Стр.
Бакланов	168	Беренштейн	626
Балабан	379	Бересневич	213, 215
Баладин 259, 221, 222, 224, 366, 387		Берковский	164
Балашев	409, 531, 9, 16	Бернгардт	157
Балдовский	125, 408, 520, 522	Barnes	222
Балин	412, 413, 443, 403	Бернштейн	67, 433
Барабошкин	506	Бергенсон	273
Бараковский	171	Биддер 387, 388, 394, 397, 402,	
Баранов	411, 414, 151	459, 348, 373, 404	
Барон	382	Biedl	385
Барская	568	Beach	78
Барский	360, 364	Благовещенский	626
Барциковский	22, 151	Bland-Sutton	564
Баскин	408, 26, 160, 164, 404	Blot	353
Баташев	491, 139	Блох	559, 599, 258
Батуев	96	Блюменталь	157
Бацевич	101, 221, 335, 22	Бобров	626
Башкиров	395	Бобровницкий	598
Башков	387	Бове	529, 181
Бегун	335	Бобаевский	569
Безебек	215, 392	Богатырев	594, 96
Безуглов	413	Богданов	506, 568, 151, 386
Бекман 243, 248, 402, 408, 445,		Богодунов	463, 466
449, 466, 568, 570, 574, 580,		Богородицкий	252, 132
625, 626, 23, 77, 78, 143, 150,		Богоявленский	433
151, 168, 184, 187, 210, 215, 436, 437		Богуш	478, 480, 481
Белиц-Гейман	156	Vaudin	91
Беллин	523, 524, 535	Божинский-Божко	183, 184, 106
Белоглазов	128	Большесольский	599, 45, 366, 373
Белоконь	544	Bonardi	250
Белоновский	157	Бондарев 284, 371, 372, 414, 421,	
Белоруссов	346	214, 404, 466	
Белоручев	151, 367, 373	Бондырев	439
Белоусов	154, 156	Бонч-Осмоловский	406, 408
Белубекян	157, 9	Бонштедт 290, 528, 530, 531, 165, 466	
Беляев	575, 151, 167, 403	Борейша	9
Бенедиктов	139	Борисов	625
Бензенгр	112	Борткевич	139, 257, 258
Бенисович	626	Борхов	248
Беньяш	157	Боряковский	439, 346
Бэр	183	Bossi	229, 230, 231
Берберов	103, 336	Боткин	272, 274
Берг	273, 224, 385	Braxton-Hicks 123, 124, 126, 127,	
Бергман	249	261, 271, 272, 279, 280, 284, 285, 286	
Березский	16, 372, 373	Брандт	90, 92, 94, 184

	Стр.
Братков	510
Braun . . 417, 222, 352, 368, 371, 372	
Браун	481, 482
Браунштейн	6, 9
Бредов	67, 385
Breus . . 498, 540, 338, 339, 340, 341	
Бржезинский	68, 394, 45, 156
Бриль	24, 26, 373
Британ	490
Бродский 274, 367, 372, 187, 297,	
	308, 392
Брок	259, 129
Broman	7, 9, 20, 74
Бронников	41, 510, 514, 151
Бруев	38
Брук	274
Брунс	96
Брусилловский	151
Брызгалов	128
Брюно . 449, 496, 498, 156, 215, 258	
Брюхатов	466, 497
Бубарев	154, 157
Бубличенко . 544, 545, 558, 559,	
	407, 415
Будберг	266, 267
Буйко	335
Bouillon	127
Букоемский	273, 381
Булатов	171, 528, 530
Bumt . . 381, 396, 135, 247, 254,	
	255, 256, 257, 302
Бурдзинский 491, 499, 501, 503,	
	505, 506, 522, 575, 96, 398
Бурков	71, 154, 168
Бурлаков	274, 346, 440
Буткевич	6, 9, 165
Бутягин	393
Буховцев	273
Бухштаб	396
Busch 270, 271, 316, 317, 324, 325, 340	
Буяльский 443, 559, 574, 580, 598,	
	95, 128, 415
Быховский	381, 460, 466
Budin	497, 553
Buffon	87

	Стр.
B. V. W.	
Ваденюк	184
Вайнштейн . . 354, 386, 388, 437,	
	460, 466
Валк	530
Walcher	250, 202, 246, 304
Walsh	127
Van de Velde	250, 253
Van der Hoeven	253, 5, 261
Van Roonhuysen	309
Варгасова	187, 392
Варищев	406, 409
Варнек . 481, 482, 491, 575, 576,	
	580, 625, 136, 138, 139, 187
Varnier . . 91, 96, 179, 212, 217, 474	
Варшавская	187
Васильев 128, 132, 333, 360, 363,	
	396, 403, 407, 506, 21, 22, 212,
	214, 215, 478
Vassalli	114
Вастен . . 568, 575, 20, 150, 151,	
	187, 210, 215
Вачнадзе	409, 9, 16
Вебер . . 414, 415, 433, 466, 599,	
	187, 215, 478
Веденяпинский	96
Вейденбаум	270, 271
Вейнбаум	386
Вейтко	95
Венер	625, 257
Вербов . 194, 200, 202, 216, 259,	
	460, 466, 144, 151, 238
Верлянд	156
Вермель	348
Вернер	56, 187
Верниц . . . 568, 155, 156, 466, 467	
Версилова	379
Werth . . 576, 577, 590, 606, 615, 134	
Вертель	106, 506
Верцинский . 420, 421, 422, 605,	
	182, 474, 475
Веселицкий	156
Wigand	268, 272
Видеман	151
Виленский	165

	Стр.		Стр.
Виноградов	38, 520	Гаккебуш	430, 431
Виноградский	59	Галактионов	354
Winter	557	Гальберштадт	466
Виридарский	412, 414, 151, 250	Galbiati	250
Virchow	348, 366, 493, 88, 95	Гальбрейх	594, 599
Вишубский	498	Гальман	262, 263
Виттенбург	574	Гальперн	249
Вихерт	407	Гамбаров	157
Вишнепольский	498, 514, 530, 128	Гамбург	96
Владимиров	626, 67, 250, 415	Гамбурцев	373
Владыкин	626	Гамкерелов	197
Власевский	466	Гара	575
Водягин	396, 535, 599	Гарин	443, 155, 156
Воздвиженский	197	Гарнак	219, 273
Войналович	15, 16	Гартман	273, 345
Войцеховский	314, 625	Гарфункель	93, 94, 203
Волков	187	Гаусман	575
Волкович	483, 485	Негар	149, 150, 155, 483, 231
Вологородский	396	Гейн	81, 505
Волохов	438	Гейнрихсен	103, 221
Волштейн	498	Гейнтце	34
Волькенштейн	364	Геллин	114, 120, 127
Вольтке	85, 92	Гельман	372, 397, 398
Воробейчиков	404	Гельфер	341, 342, 346
Воробьев	478	Henle	10
Воронов	344	Henneberg	88
Воскресенский 252, 490, 544, 580, 20, 71, 151, 164, 215		Генрихсен	336, 530, 559, 373
Вофф	391, 394, 574, 599, 318	Гентер 525, 9, 96, 115, 116, 129, 133	
Вуич	466, 99, 174, 182	Герзони	330, 333
Вшадчик	599	Герман	433, 106, 346
Выгодский 113, 412, 414, 429, 522, 524, 128, 151, 182, 215, 225, 307, 404, 433, 466		Герхен	105, 465
Выдрин	575, 187, 215	Гершун	559, 81
Вяжлинский	384	Гижицкий	425
Вяземский	151	Гильтер	145
Г. Г. Н.		Гиммельфарб 381, 449, 536, 214, 415	
Гаврилко	331, 333	Гиненевич	9
Гаврилов	406, 408	Гинабург 114, 273, 381, 396, 411, 422, 467, 510, 525, 530, 28, 48, 212, 214, 215, 286, 345, 484	
Гагарин	273, 174, 181	Гиппиус	333, 360, 364, 96
Гагенторн	197	Гиппократ	185, 461
Гаевский	114	Гительсон	559, 626
		Гладушенко	38, 39, 40
		Глазко	353, 354
		Глебов	308

	Стр.
Глищинский	375
Глоговский	467
Глядкоу	434
Гогитидзе	364
Гогоберидзе	383, 531, 179, 182
Гогоцкий	26, 197
Голостеноу	183
Гольдберг	50, 128
Гольдштейн	410, 411, 413
Гольштейн	96
Голяницкий	157
Горбатовский	151
Горвиц 128, 132, 314, 411, 413, 529, 535, 580, 22, 135, 139, 307, 465, 491	
Гордзялковский	372
Гордоу	489, 490
Горелейченко	318, 127
Горещкий 22, 191, 197, 396, 397, 398	
Горизонтов 100, 117, 154, 157, 325, 328, 399, 400, 566	
Горнштейн	420
Городынский	598, 599
Горохов	568, 626, 151, 250
Горяинов	465
Готлиб	408
Готье	410, 413
Hofmeier	117
Гохштейн	354
Гошкевич	535
Градусов	189
Граймер	408
Грамматикати 335, 336, 418, 419, 453, 466, 535, 559, 584, 624, 32, 106, 386, 437	
Грауэрман	24, 151, 232
Грацианский	125, 379
Гроч	370
Грегори	383
Гредингер	127, 387
Грейфе	626
Греков 249, 414, 415, 231, 232, 346	
Гржибовский	133, 151
Григорова	559, 467
Григорович	198
Григорьев	184

	Стр.
Гринберг	125, 408, 419, 530
Гринев	443, 151
Гриневиц	466
Громов	396
Гроссгейм	605
Гроссе	96
Грубе	509, 510, 386
Грузев 17, 127, 157, 249, 262, 486, 509, 510, 605; 9, 16, 150, 170, 225	
Грум	107
Грюнинг	132, 404
Грязнов	462, 466
Губарев 133, 142, 145, 564, 568, 599, 157, 165, 180, 386, 387, 462, 466	
Гугенбергер 208, 219, 26, 67, 76, 154, 156, 166, 385, 476	
Гудим-Левкович	506
Гузарчик	431, 434
Гургеноу	625
Гурвич	443, 544, 568
Гуревич	498
Гурев	394
Гурин	188, 394
Гусаков 386, 388, 25, 27, 127, 238, 258	
Гусев 262, 263, 9, 27, 28, 67, 82, 110, 114, 115, 120, 127, 151, 258	
Guyon	352

D. D. G.

Давыдов 312, 315, 568, 48, 143, 150, 257, 392, 420, 466	
Давыдова-Шепелева	599
Данилло	412
Данилоу	364
Данилович	214, 219, 387
Данциг	449, 466
Данчич	417
Дашкевич	398, 437
Deventer	33, 34, 36
Дедов	429, 430, 574, 128
Дедюлин	198
Дейч	396

	Стр.
Деконский	67
Де-Кот	598
Декурно	108, 345
Делоне	138, 139
Дембо	92
Демиденко	559
Демидович	107
Денисенко	394
Деринг	106
Gigli	247, 250, 251, 252, 253, 255, 256
Димант	71, 242, 250, 346
Дмитриев	318, 346
Добберт 576, 579, 580, 599, 67, 437	
Добржанский	286
Добронравов	273, 274, 387, 225, 403, 415, 433, 465
Добрынии	472, 477, 307
Догаев	106
Догель	333, 363
Döderlein	254, 257
Докушевская	24
Долганов	397, 432, 433
Долгих	488
Долгополов	481, 482
Домашевич	568, 96
Домашнев	363
Дорон	460
Дорошенко	171
Доррер	171
Дофельдт	75
Дохман	433
Драницын	443, 460, 466, 491, 566, 574
Doyen	92, 389
Дубенский	467, 143, 150, 182
Дубинский	49
Дубовецкий	529
D'Outrepont	270
Дьяконенко	128
Дьяконов	462, 466
Дьяченко	79, 184
Дыский	568, 136, 139, 251, 258
Dührssen	401, 177, 233, 237
Duchenne	307

Е. Э.

Стр.

Эберлин	460, 605, 626, 16, 20, 109, 110, 115
Эвоянц	9
Егоров	625
Edebohls	405
Эдельберг	478
Еджузов	624
Эккерт	157, 220, 221
Элиасберг	413, 498, 559, 182
Ельяшевич	396
Емельянов	442, 443
Эразмус	310
Эрастов	9
Erb	307
Эрбштейн	273, 413
Эргардт	16
Эриксен	465
Эрлих	434
Ермолаев	151
Эскин	626
Estmarch	174, 359
Еськов	156

Ж.

Жадкевич	182, 488
Жбанков	536
Жданов	225, 498
Жданова	273, 419
Жевахов	101, 102
Желтухин	486, 487
Жемчужников	187, 371, 373
Живописцев	410, 413, 568, 23, 154
Жилинский	378, 379
Жукова-Флоренсова	68
Жуковский	331, 333, 352, 45, 346
Жураковский	108, 109
Журковский	580

З. С.

Забелин	333
Заблудовский	245, 249
Заболотный	379
Заборовский	465

	Стр.
Завьялов	212, 215
Зайцев	352
Закс	214, 387
Залесский	331, 333, 599
Замшин	449, 385, 387, 449
Занченко	189, 366, 368, 369, 372, 380, 381
Запольский	410, 411, 412, 9, 415
Зарецкий	30, 35, 79, 94, 272, 274, 385, 386
Заринский	157
Зархи	481
Заславский	453
Засман	232
Засядко	373
Затворницкий	128
Заусайлов	360, 363, 364
Захаров	385
Захарьевский 102, 103, 336, 23, 151	
Захарын	393, 465, 484
Заяицкий 5, 460, 574, 594, 599, 625	
Зверев	362, 372
Звиняцкий	335, 337
Звонников	410, 411
Здравосмыслов	96
Зейдлер 110, 430, 431, 520, 535,	
	214, 398
Зеленкевич	105, 139
Зеленский	466
Sellheim	228, 230
Земацкий	624, 151
Земблинов	484
Semmelweiss	401
Sänger	435
Зибер	358, 363
Зильберберг	249
Зильберман	157
Зимин	127
Зисман	396
Змеев	128
Змигродский	566, 624
Зубковский	443
Зыков	498
Зюков	506, 484
Зяблов	173, 397, 529, 531, 99, 106

И.

Стр.

Иванов 13, 85, 92, 259, 329, 333, 413, 529, 530, 566, 23, 79, 81, 141, 142, 143, 144, 145, 150, 151, 215, 228, 250, 379, 386, 387, 433, 434, 463, 466	
Ивановский	575
Иванченко	625
Ивашкевич	396
Игнатовский	599
Идельсон	112
Икавитц	599, 403
Иларионов	585, 599
Илларионов	491
Иллинский	95
Ильин 13, 272, 274, 406, 408, 498, 154, 161, 165, 189, 190, 253, 257, 405, 415	
Илькевич	367, 462, 467
Иноевс	248, 273
Иовлев	461, 466
Иосифов	50
Исаин	410, 413, 286
Исакова	187
Исполатов	410, 411, 413, 574, 215
Исполатова	560
Исполатовская	437
Иссерсон	506, 165
Истомин	396, 530, 139, 286, 307
Ишунин	434

К. С.

Каблуков	617, 626
Кавецкий	372
Кадкин	328
Кадьян	568, 77
Каждан	196, 202
Казас	432, 433
Sazeaux	130
Какушкин 102, 103, 221, 262, 263, 334, 335, 394, 439, 477, 10, 128, 151, 168, 210, 215, 258	
Калабин 381, 498, 624, 9, 21, 23, 182, 434	
Calderini	250

	Стр.		Стр.
Калиновский	625	Кирзнер	434
Калмыков 402, 409, 68, 99, 132, 151, 238, 398		Киселев	67, 182, 387
Каменев	50	Кистер 559, 599, 128, 182, 350, 366, 403	
Каменецкий	157, 9	Кистяковский	41
Каменская-Щепетова	413	Китер	2, 544, 128, 366
Камераз	106	Китнер 478, 481, 23, 133, 250, 257, 397, 398	
Каминский 68, 368, 371, 535, 79, 224, 286, 348, 415		Кланг	381, 9
Камнев	477, 478	Клеберг	382
Камницкий	443	Клейн	157, 56
Кан	530, 128, 165, 387, 390	Клейнман	498, 20, 165
Каннегиссер	50, 559, 568, 203, 258	Клин	175, 181
Каравья	364	Клитин	460, 466
Карафа-Корбут	426, 427	Ключевский 56, 61, 63, 65, 66, 67, 68	
Карашевич	198	Клячина	491
Карницкий 75, 318, 345, 364, 443, 182, 197, 486, 487		Кпарр	329, 219, 220
Карпов	491, 574	Кнох	96
Карпович	286	Кобылин	139
Карчевский	396, 525, 530	Ковалевский	430, 431, 498
Кастанаев	491, 568, 570, 574, 625	Ковацкий	372
Касьянов	108, 109	Коварский	352, 364
Катунский	188	Сohen	219, 224
Кауфман	480, 481	Козина	220, 221
Кауфман-Китроссер	215	Козлов	39, 40, 468, 568
Кац	443, 187, 458, 467	Козловский	432, 433
Каценеленбоген	6, 9, 67	Козорезов	531, 171
Кацнельсон 438, 439, 127, 184, 187		Колбасенко 354, 432, 307, 366, 373	
Качкачев	346	Колесников	371
Кашеварова	453, 568	Colles	377
Кашкадамов	566	Коли	368, 372
Кашкаров	136, 139, 181, 365	Коломенкин	625, 387
Кащенко	50	Колосов 20, 79, 419, 491, 514, 626, 138, 139	
Кедров	442, 443	Колтыпина	378, 379
Кедрова	15, 16, 96	Конаржевский	366
Кейзеров	151	Кондратович	92
Келдыш	96	Константинович	40, 41
Кельбер	384, 386	Коньков	363
Кемарский	443, 498, 187	Копаневич	197
Керсновский	314, 372, 373, 452	Копп	398
Кетлинский 259, 496, 498, 168, 465		Коппе	624, 307
Kiwisch	219, 224, 352, 355	Коптев	81, 229, 232
Кипарский 443, 449, 531, 49, 81, 386		Кораблев	2
Киреев	4, 5, 624	Корде	151, 466

	Стр.		Стр.
Коробкин	214	Кривский 392, 394, 429, 40, 151,	
Коробков	491	154, 171, 215, 258, 346, 386,	
Короткевич	371, 372	387, 398	
Коротков	151	Kristeller 259, 299, 11, 13, 99, 114,	
Корсаков	497	297, 330, 346, 347	
Корчемкин	575	Кроль	28, 182
Корш	106, 190	Кром	393
Косинский	481, 307	Krönig	250
Космовский	411, 413, 575	Кротке	599
Косоротов	433	Кружков	249
Котельников	540, 544, 624	Крузенштерн	259, 151
Котельникова	9	Крупский	157, 459, 460
Котелянский	568, 605, 404	Крымгольд	605
Котлов	167	Ксидо	466
Котова	625	Кубасов 78, 79, 182, 183, 184, 333,	
Котовщиков	371, 403	370, 372, 381, 411, 413, 419, 346,	
Кох	530, 404	366, 437	
Кохацов	100, 575	Coivre	240
Коцын	364	Кудиш	379, 498, 520, 544, 433
Кочевидский	232	Кузнев	510
Кочетков	151, 249, 250	Кузнецкий	427, 491, 625
Кочнева	157	Кузьмин 262, 263, 354, 415, 487,	
Кочурова	491	491, 535, 569, 23, 258, 386, 387	
Crantz	78	Кулигин	431, 432
Красина 114, 525, 530, 22, 96, 106, 366		Кульчицкая	409
Красковский 433, 624, 71, 151,		Куниг	529, 530
224, 420, 486, 487		Курдиновский 186, 188, 274, 342,	
Краснов	599	345, 530, 9	
Красногладов	459	Курилов	544
Краснопольский	114, 625	Куричин	139
Красовский 2, 50, 272, 387, 525,		Кустри	317, 415
529, 566, 625, 24, 31, 32, 49, 55,		Кутасов	387
77, 128, 138, 151, 154, 164,		Кутова	9
202, 214, 216, 217, 241, 250,		Кутовой	156
297, 318, 374, 387, 400		Кучинский	39
Krause	219	Кушев	477, 170
Крашевский	232	Кушелевский	605, 484
Кревер	505	Кушталов 100, 328, 564, 566, 569,	
Credé 264, 265, 266, 267, 308, 497,		151, 478	
133, 135, 137, 139, 140, 171,		Küstner	294
185, 236, 462			
Кречегов	106		
Кривошапкин	125		
Кривошеин	371, 372, 171		

Л. Л.

Laborde	193, 196
Лавдовский	10, 326

	Стр.		Стр.
Лаврентьев	202	Линдеман	107
Лазаревич 2, 39, 68, 133, 144, 145, 266, 276, 310, 317, 396, 490, 506, 520, 523, 71, 140, 164, 166, 167, 181, 197, 198, 214, 224, 228, 339, 340, 345, 346, 364, 366, 373		Липинский 25, 26, 77, 96, 387	
Ламан	202	Липский 236, 239, 250, 286	
Ланд 514, 158, 165		Лисовский 419, 420	
Лаптев	198	Лисянский 418, 419	
Ласточкин	96	Литинский 328	
La Torre	32	Литкенс 626	
Лашкевич	381	Litzmann 224, 39, 40	
Latzko 391, 392		Лиховедер 386, 388, 398	
Лебедев 38, 100, 101, 179, 184, 334, 335, 370, 372, 387, 435, 466, 507, 509, 513, 514, 568, 605, 624, 22, 44, 166, 181, 250, 365, 385, 386		Лихтерман 128	
Лебединский 345		Личкус 188, 442, 443, 529, 530, 536, 23, 164, 203, 215, 224, 253, 257, 365, 392, 486, 487	
Le Von	197	Лозинский 345, 580, 9	
Левандовский 157, 544, 559, 258, 366		Лозовский 408	
Левенсон	347	Лосков 457, 466	
Левенштейн 433		Лотернер 396	
Левестам 728, 445		Лукин 151	
Левин 115, 127		Лукьянов 8	
Левинович 168, 169, 391, 394, 520, 232		Луппов 5	
Левитский 2, 145, 524		Лурье 157, 498	
Левитцкий 26, 28, 54, 71		Лустверк 520	
Левоневский 408, 525, 529, 128, 187		Лутохин 498, 520, 530	
Легонин	224	Львов 125, 155, 157, 183, 184, 239, 259, 344, 354, 369, 370, 371, 372, 408, 413, 414, 420, 421, 425, 459, 477, 491, 494, 496, 498, 514, 523, 524, 530, 535, 559, 568, 570, 574, 575, 605, 612, 10, 16, 25, 26, 67, 96, 106, 109, 127, 154, 155, 156, 166, 168, 183, 189, 214, 387, 395, 449, 466	
Ледомский 141, 143, 144		Лысогорский 409	
Лезин 250, 295		Любович 67	
Leyden	423	Лямбль 125, 509, 56, 214	
Leissnig 352, 355		Ляпидес 491	
Лейхтфельд 351, 366		Ляховецкий 67	
Лембергский 460			
Leopold	311		
Лесеневич	96		
Лесмент	286		
Лесовой 198, 257			
Лецнус	154		
Либерман	364		
Либов 251, 252, 372, 127, 168, 238, 452, 466, 482			
Лидский 244, 245, 246, 249			
Линген 574, 625, 626			

М.

Маджугинский	215
Маевский 157, 273, 387, 510, 599, 13, 25, 26, 28, 128, 366, 373	
Мазурин	366
Мазуркевич	387

	Стр.		Стр.
Майер	371, 372	Mendel	127
Майзель	212, 215, 484	Меркулов	156, 265
Макаров	96	Меркульев	417, 419, 154
Макеев	510, 599, 77, 286, 318, 373	Мерш	624, 214
Максимович-Амбодик	2	Меч	535
Малевский-Малевиц	128	Миквиц	228
Mahler	450	Миклашевский	252
Малиновский 190, 191, 192, 201, 202, 253, 268, 571, 575, 580, 582, 614, 625, 5, 7, 9, 30		Милендер	317, 568
Малис	77	Миллер . 120, 252, 342, 344, 392, 44, 96, 346, 395, 449	
Мамуровский	369, 574	Миловзоров	101, 393, 394
Мамутов	225	Минкевич	196, 197
Мандельберг 509, 157, 158, 159, 160, 165		Минцевич	208, 219
Мандельштам 491, 532, 536, 568, 214, 387, 415		Mirabeau	425
Мансуров	273, 274, 408	Мирам	188, 189
Манцевич	127	Миронов 323, 324, 328, 381, 625, 225, 250, 415, 434	
Марков	155, 157, 151	Миронова	157, 599, 76, 149, 151
Марковский	113, 425, 49, 127, 140, 368, 373	Миропольская	78, 79
Марконет	151	Мисевич	506, 151
Martin	262	Митропольский	481
Мартынов	535, 559, 599, 81, 128	Митрофанов	232
Марьянчик 157, 220, 397, 96, 139, 164, 434		Михайлов 57, 60, 61, 63, 65, 115, 219, 220, 274, 286, 290, 291, 296, 387, 388, 396, 397, 408, 506, 522, 532, 1, 2, 16, 29, 32, 100, 101, 102, 104, 109, 110, 120, 141, 142, 143, 145, 156, 157, 158, 160, 307, 308, 310, 386	
Marchand	503, 94	Михайлова	544, 559, 494
Масалитинов	403, 407, 626, 345	Михайловский	167
Масловский . 403, 408, 451, 453, 498, 529, 531, 580, 132, 415, 487, 488		Михельсон	23, 151
Массен . 345, 389, 394, 449, 530, 48, 139, 164, 165, 286		Михин . 317, 449, 459, 491, 566, 568, 626, 404	
Матвеев . 2, 266, 267, 272, 274, 396, 408, 443, 458, 460, 498, 545, 165, 214, 387		Михнов . 228, 232, 394, 460, 568, 626, 67, 139, 140, 165	
Махин	315	Михновский	114
Мацевский	165, 286, 404, 434	Мишин	5
Мациевский	409	Моисеев	67
Мацокин	396, 13	Momburg	178, 179
Мацянский	434	Монин	57, 67, 154, 366
Медовиков	332, 333	Моравский	81
Мейер	8, 187	Моргулис	559
Мельников	382	Мордвинов	433
		Morisani	241, 308

	Стр.
Морин	443
Maugiseau	308
Мохначева	101
Музалев	99
Муратов 430, 487, 490, 559, 566, 568, 606, 625, 16, 23, 182, 214, 286, 386, 403, 449, 466, 491	
Мурашко	352, 433
Мусатов 394, 415, 416, 624, 128, 132, 179, 182, 434	
Мыкертчьянц 259, 260, 449, 460, 514, 625, 67, 81	
Мышкин	120, 453
Müller	440

Н. Н.

Навашин	481
Нагорская	407
Надпорожский	101
Назарьянц	157
Найденов	403
Наранович	95
Натанзон	443
Невзоров	9
Неводничанский	114, 96, 106
Naegle 224, 305, 39, 71, 72, 353, 355	
Недац	115
Недельский	580
Недзвецкий	568
Недородов	624, 404
Неелов 79, 372, 420, 422, 477, 530, 574, 625, 626, 258, 386, 466, 482	
Незвецкий	433
Нейгебауэр . 389, 394, 481, 530, 571, 575, 54, 56	
Нейштубе . . 40, 411, 413, 182, 386	
Неццкий	484
Непомуцкий	164, 165
Нечаев	45, 115, 484
Неципоренко	77
Никитин 251, 252, 259, 380, 381, 491, 585, 10, 95, 174, 182, 190, 197	

	Стр.
Никифоров 60, 364, 388, 505, 562, 569	
Никольский . 388, 611, 151, 167, 197, 478, 484	
Никонов	443, 559, 150
Nitabuch	577
Новиков . 442, 443, 605, 9, 120, 128, 386, 392, 434	
Новицкий	48, 318, 386
Норейко	248
Нурик	101, 102, 221, 335
Nürnbergger	127

О. Au.

Образцов	624
Обыденников	333
Auvard	365
Овсянников	8
Audebert	196
Osiander	310
Окинчиц 103, 104, 105, 108, 381, 416, 417, 419, 420, 421, 422, 424, 425, 426, 574, 131, 133, 210, 215, 217, 225, 237	
Окс	112
Ожуньков	413
Оленин . 396, 413, 419, 524, 580, 599, 625, 8, 9, 151, 167, 387, 404	
Олехно	568
Olshausen	226
Онуфриев	568, 181
Опокин	531, 77
Орбант 397, 489, 491, 165, 367, 434, 452, 472	
Орлов 407, 408, 428, 491, 520, 573, 574, 605, 22, 106, 128, 139, 150, 151, 214, 215, 225, 366, 380, 386, 387	
Орловский	354, 426
Ortega	78
Осипов	261, 263
Острогорский	101, 221, 335
Отрошкевич	599

	Стр.
Отт 79, 317, 466, 489, 490, 532, 566, 568, 574, 579, 595, 605, 608, 611, 613, 624, 625, 146, 161, 165, 181, 202, 249, 250, 386, 387, 395	
Ошеровский	411, 414, 535

П. Р.

Павлов 324, 325, 328, 426, 545, 58, 67, 169, 171, 395, 398	
Павловский	605, 238
Павпертов	386, 388
Палиенко	568
Пальмов	346
Palfun	309, 310, 312
Панфилович 139, 167, 187, 366, 373	
Панченко	197
Паперн	151, 457, 467
Паперный	417
Паргамин 114, 148, 219, 396, 477, 498, 167	
Паренаго	599, 617, 619
Парийский	212, 215
Парникель	452
Парсамов	157
Парфененко	598
Парфианович	396, 481
Парышев	128, 182, 318, 345
Pasteur	401
Пастернак	122, 414, 530
Пастика	417, 418, 419
Патенко	188, 568
Паупертов	187, 366
Пашкевич	466, 139
Pelzer	219, 224
Пенчул	115
Первов	466
Перкель	157
Перлис	219, 235, 381, 386
Perret	217
Першин	466, 21, 23, 25, 26
Петэн	392, 394
Петин	286
Петкевич	481, 534, 535

	Стр.
Петлин	346
Петрашкевич	100, 101, 335
Петров 263, 353 354, 9, 44, 151, 387, 395	
Петровский	5, 372, 373
Петропавловский	151
Петрыковский	413, 128
Петухов	114, 9, 373
Пешель	250
Пивоваров	75
Pinard	179, 466
Pineau	240
Пиотрович	22, 128
Пирогов	188, 189
Пирожков	125, 536
Пирожкова	536
Писаревский	238
Писемский 98, 248, 386, 388, 28, 71, 151, 222, 225, 384, 387, 404	
Pitha	475
Пластунов	76, 77
Платонов	599, 625, 52, 387
Плешков	498
Ploss	174
Побединский 2, 402, 408, 466, 498, 23, 24, 48, 49, 67, 120, 127, 225, 232, 257, 373, 385, 386, 395, 466, 487	
Повержи	354
Погребинский	331, 333
Подбельский	480, 481
Подгорецкий	156, 238
Подушко	157
Под'япольский	183, 184
Познанская	413, 599
Покровский 346, 396, 477, 505, 506, 530, 568	
Покрышкин	568, 151
Polailon	192
Поленов	143, 150, 151
Полетаев	506
Полканов	437
Полотебнов	510, 346
Полубогатов	220
Поляков	114

	Стр.
Полянский	411, 413, 434
Помбрак	411, 413
Померанц	449
Пономарев	599, 625, 398
Попандопуло	9, 82
Попов 262, 263, 354, 369, 372, 403, 408, 558, 559, 566, 568, 569, 605, 625, 29, 48, 75, 76, 148, 150, 179, 182, 215, 318, 346, 466, 497	
Попович	249
Попялковский	413, 484
Порембский	501, 505
Порошин 459, 478, 481, 490, 491, 575, 599, 16, 156, 158, 165	
Porro 24, 67, 375, 378, 379, 392, 393, 394, 395	
Порховник	157, 574
Поршняков 334, 335, 110, 115, 395	
Постоев	104, 105
Потеенко 413, 575, 580, 606, 16, 128, 151, 258, 386, 392	
Потехин	396
Поюровский	182
П. П.	26
Правосуд	525, 626
Prévoit	93
Преображенский	625
Примо 394, 397, 398, 402, 407, 408	
Прозоровский 406, 408, 16, 145, 150, 251, 257, 258	
Прокопьев	102, 103, 239, 491
Прокофьева	420
Проскурин	83
Проскурин	525, 531
Проскурякова	455, 460, 9
Протасов	465
Протодяконов	626
Протопопов	95
Propheta	376, 377
Пружанская	625
Пруссаков	9
Пуйкевич	626
Пуло	273
Путилов	163

	Стр.
Путинцев	498
Пуховский	491
Пуценко	106, 128, 286, 346, 373
Пушкарев	128
Pfannenstiel	608, 623, 387, 391
Пясецкий	498, 472
Пяткин	383

P. R.

Рааб	9, 487
Рабинович 387, 388, 393, 394, 397, 398	
Равич	466
Разумовский	93
Райвич	184
Райх	231, 232, 346, 434
Ракеев	77
Rapin	192, 193
Ратимов	371
Рахманов 132, 261, 263, 274, 371, 372, 151, 190, 386	
Рачинский	261, 262, 180, 182, 346
Рашкес	248, 249, 477, 568, 476
Редлих	575, 187, 484
Резвов	323
Резников	443, 530, 79
Рейман	530, 99, 190
Реймер	559, 132
Рейн 14, 17, 248, 320, 321, 562, 569, 625, 626, 29, 30, 33, 49, 77, 128, 151, 182, 250, 385, 386, 387, 392, 403	
Рейтлингер	498
Рейх	433
Рекашев	372
Ремезов	443
Реммерт	544
Ренигер-Арешева	364
Рено	387
Репрев 102, 103, 335, 336, 337, 385, 389, 394	
Реутский	373
Ritgen	330
Рихтер	2
Рогов 100, 432, 433, 468, 136, 139, 215	

	Стр.		Стр.
Родзевич 411, 413, 419, 10, 197, 366, 478		Савинов	545
Родосский	106	Савостицкий	181
Розанов 397, 398, 478, 599, 106, 116, 197, 373, 461, 467, 487		Сагалов	258
Розенбаум	183, 184	Сагатов	531, 225
Розенблат	434	Садовский	350, 415
Розенблюм	428, 415	Сажин	332, 333
Розенбойм	165	Сазонов 522, 524, 29, 33, 152, 237, 346	237, 346
Розенгарт	366	Сазонова	166, 167
Розенталь	565, 566, 568	Saltarino	85
Розенфельд	426, 140, 237	Самгин	157, 26
Розенштейн	366	Самойлов	169
Розов	408	Самойлович	96
Романов	362, 363, 419, 560	Сандберг-Дебеле	574, 591
Романовский-Романько	113	Сапожников	413, 599
Романский	535, 559, 9	Свистунон-Свисловский	79
Ромбро	408	Святловская	273
Ростоцев	184, 370, 372, 415, 182	Севрук	164
Ростшинский	626	Северюгов 403, 16, 128, 392, 495, 497	495, 497
Rotter	259	Seret	92, 76
Роцинин	105	Сейдлер	9
Рубец	481, 482	Селинов	104, 105
Рубинский	157, 151	Селицкий 133, 145, 386, 388, 397, 398, 402, 408, 409, 429, 9, 214, 215, 238	215, 238
Рубинштейн 113, 520, 524, 544, 568, 79		Семковский	9
Рудзский	418, 419	Семянников 272, 274, 165, 297, 308	308
Рудницкий	157, 77	Сергеев	150
Рудов	525	Сердобов	9
Рудольский	102, 103	Сердюков	314, 396, 449
Рузи	369, 372	Серебренников	91, 96
Рулле	515, 516, 522	Серебренникова	419, 566, 569, 613
Рунге . 162, 234, 235, 530, 16, 44, 45		Серебренникова-Глинская	466
Рунков	79, 96	Серединский	466
Русакowski	164, 197	Сережников	449
Руссов	363	Sigault	240, 241
Рыжков	625, 626, 104, 187	Сильванский	311, 314, 315
Рыло	583	Сильверсван	32
Рымша	599, 624, 32	Silvester	196
Rüff	85	Simonart	511, 512, 514
Рябинцева-Преображенская	544	Simpson 316, 317, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 353, 355, 373	373
C. S.		Синайский 386, 387, 412, 413, 106, 128	128
Саваневский	225	Синевич	605
Савин	248, 550, 346	Сипяев	71

	Стр.		Стр.
Ситовский	81	Сочава . 126, 127, 273, 344, 371,	371, 443, 624, 96, 139, 164,
Сицинский 249, 96, 146, 151, 164,	434, 437		190, 415, 472, 484, 497
Scanzoni	226, 330, 486	Спасский	416, 535
Склифосовский	411, 413, 449, 599	Сперанская-Бахметева . 460, 179, 182	
Скловский	351	Станкевич	419
Скотовский	273	Стеженский	568
Скробанский 117, 120, 383, 392,	394, 406, 408, 409, 414, 57, 67,	Стембо	410, 413, 429
	132, 238, 386	Степпун	157
Скульский	468, 136, 139	Стефанис	96
Скутул	272, 274, 109	Столыпинский 259, 387, 388, 460,	23, 96, 232, 250, 318, 368, 373,
Славчев	151		382, 386, 387, 473, 475
Славянская-Гренstrand	164	Stölzner	88
Славянский 34, 93, 94, 126, 379,	451, 453, 479, 481, 491, 625,	Стоянов	150
	132, 164, 355, 395, 404	Стравинский	54, 346, 574
Славинский	150	Strassmann	266, 267
Слюнин	403, 407	Стрезов	165
Smellie 108, 279, 294, 303, 306, 368		Стрековский	114, 115
Смирнов	535, 599	Стрельников	10
Смоленский	412	Стржалко	413, 559, 182
Смольский	605, 624, 9	Стржельбицкий	342, 345
Снегирев 155, 156, 157, 605, 24,	138, 179, 307, 403	Стржеминский	457, 466
Собестианский 568, 16, 67, 96,	151, 225	Стризовер	403, 408
	314, 568	Строганов 251, 252, 290, 345, 390,	394, 406, 408, 530, 49, 149, 150,
Соболев	568		151, 232, 250, 251, 253, 258, 434
Собольщиков	105, 286	Студенский	103
Соборов	16	Студзинский	9
Sobotta	105, 286	Стуккей	179, 182
Соколов 105, 333, 345, 429, 498,	625, 128, 151, 180, 182, 196,	Стуковенков	333
	197, 207, 214, 387	Ступников	190
Соколовский	414, 225	Субботин	331, 333
Сокольский	411	Судаков 157, 396, 397, 411, 414,	425, 426, 599, 171
Соловцов	359, 366	Сукочев	52
Соловьев 102, 103, 122, 157, 288,	289, 325, 328, 337, 344, 371,	Сумцов	348
	372, 375, 379, 403, 408, 410,	Сунцов	188, 189
	413, 421, 425, 429, 459, 460,	Суровцев	307, 308, 443, 599, 16
	491, 498, 528, 529, 544, 566,	Суслин	491
	568, 569, 625, 174, 181, 214,	Сутугин 68, 162, 163, 184, 228,	232, 310, 314, 335, 344, 354,
	225, 373, 386, 395, 403, 404,		408, 411, 412, 413, 419, 466,
	408, 415, 434, 445, 481, 495, 497		481, 561, 562, 568, 569, 624,
Сольский	559		22, 150, 181, 318, 365, 385,
Сорокина-Щербинина	221		387, 395, 397, 398, 403, 436,
			437, 449, 481

	Стр.
Суханов	429, 430
Суховецкий	369, 372, 530
Сывороткин	331, 333
Сыромятников 239, 267, 363, 139, 156, 224, 365, 403, 437	

Т.

Тавилдаров	237
Таканаки	437
Талиев	270
Талько-Гринцевич	151
Tandler	253, 255
Тара	157
Таранов	158, 164
Тарасевич	465
Таренецкий	98, 96
Tapier	337, 338, 339
Тарновский	377, 415, 403, 494
Тарситани	345
Татаринов	245, 249, 373
Татарская	443
Татевосов	33
Твердовский	408, 258
Теплиц	415
Тепляшин	396, 413, 190
Теребинская-Попова	529, 599
Терешкович	409
Тер-Микавялец	459
Тигер	9
Тивенгаузен	81, 497
Тиканадзе	426, 67, 207, 215, 258
Тимирев	364
Тимофеев	116, 500, 505, 510, 514
Типяков 248, 267, 372, 478, 568, 626, 79, 81, 139, 151, 213, 214, 224	
Тирютин	67, 452
Тихов	466, 387
Толмачев	371, 422, 8, 9
Толочинов 2, 202, 220, 232, 486, 559, 568, 605, 22, 67, 151, 164, 177, 488	
Тольский	96, 345, 386
Томашевский	485

	Стр.
Томсон . 249, 459, 481, 482, 568, 616, 626, 180, 182, 467	
Тонков	96
Топаз	346, 452
Топчевский	273
Тотеш	156, 187
Тохтамышев	396
Grantmann	374
Trendelenburg	496
Троицкий	364
Тронов	139
Трофимов	96
Трояно	314
Троянова	437
Трубницкий	510
Трясунов	462, 467
Туманов	568, 574
Турнер	248
Tussenbrock	563
Тыкоцкий	559
Тышко	625

У. U.

Удинцов	125, 365
Улезко-Строганова 19, 20, 34, 49, 50, 92, 392, 394, 506, 531, 563, 569, 580	
Ульяновский 104, 105, 384, 166, 167, 484	
Умиков	358, 363
Унгер	452
Унгер-Брянцева	167
Унженин	449
Унтилов	354, 9
Урвич	79, 372, 22
Успенский 110, 407, 415, 466, 67, 150, 250, 387	
Устинов	351
Утробин	354, 151
Ушков	506, 568, 151, 386

Ф. F. V.

Фаворский	383, 413
Фавр	405, 408, 224, 366, 481

	Стр.
Фагонский	354, 380, 381, 67
Фаддеева	120, 128
Файнберг	414
Фальк	188
Farbeuf	258, 259
Фафиус	412, 413
Федоров 272, 274, 328, 333, 374, 376, 378, 379, 411, 413, 429, 430, 506, 529, 531, 559, 568, 572, 605, 624, 625, 20, 48, 76, 96, 158, 165, 177, 182, 238, 257, 339, 345, 346, 387	
Федоровская-Виридарская .	435, 387
Федулов	415, 466, 463, 466
Федяевский	96
Фейнберг	435, 559, 128, 497
Veit 228, 391, 392, 402, 498, 585, 83	
Fehling	39, 222
Фельдман	480
Феноменов 259, 283, 506, 525, 530, 624, 71, 203, 208, 215, 219, 221, 249, 250, 264, 277, 279, 306, 334, 335, 346, 353, 356, 365, 367, 371, 373, 380, 382	
Фесенко	350
Фигурин	95
Фидлер	259
Филатов	127, 420
Филиппов 286, 288, 289, 394, 396, 183, 433	
Филиппова	286, 288, 289
Филонович	626
Финкель	105, 529, 20
Финкельштейн	273, 403, 465
Фихтнер	48, 318
Фишер	559, 626, 139, 140
Флорина	157
Флоринский 2, 50, 82, 112, 126, 127, 273, 314, 318, 346, 398, 402, 428, 520, 157, 164, 197, 214, 365, 373, 403, 417	
Фогель	23
Фокельман	598
Фоменко	443
Фоминский	413, 45

	Стр.
Фохт	415
Франгопуло	183
Франк	331, 333
Франковский	599
Фраткин	396, 498, 625, 626, 22
Фребелиус	347
Friedländer	407, 409
Фридолин	85, 92
Fritsch	479, 381, 382
Fromme	406, 427
Функе	252, 625

X.

Хажинский	337, 545, 215
Хазан	219, 530, 559, 182, 403
Халафов	274
Харитоновский	214
Хатунцев	398
Хацкелевич	377
Хворов	151
Хворостанский	114
Хейфец	167
Хилецкий	16
Хитров	383
Хламов	106
Хлебников	250
Ховрин	274
Холмогоров 274, 276, 280, 283, 284, 285, 287, 288, 353, 354, 386, 398, 414, 449, 466, 530, 535, 40, 45, 48, 150, 165, 166, 167, 170, 216, 217, 225, 237, 238, 257, 258, 385, 386, 392, 433, 484, 497	
Холодковский 415, 416, 487, 491, 612, 625	
Холодная	354
Хомякова	610, 625
Хомякова-Буслова	460, 625
Хотовицкий 351, 44, 164, 417, 465, 478	
Хруль	267

Ц. Z.

Цацкин	467
Zweifel	365

	Стр.
Цветков	386
Цвибак	559
Цвирко 388, 393, 394, 396, 397, 599	
Цейтлин	625, 478
Цехановецкий	225
Цеханович	167
Цеханович-Левкович	77
Цитовский	68
Цовьянов	71, 76
Цомакион	382
Цур-Мюлен . 420, 422, 535, 437, 452	

Ч. Ch.

Chamberlen	308, 309, 313
Чеботарев	626
Чепурковский	136, 139
Черевков	96
Черепнин	379, 432
Черневский	286, 346, 415
Чернов	163, 165
Чернова-Попова	151
Черномордик	438, 505, 529, 531
Чернышев	298, 305, 387
Чечулин	530
Чехова	460, 599
Чиж	17
Чижевич	414
Чириков	248
Чирихин 88, 89, 90, 92, 461, 463, 117	
Чистович	75, 372, 59, 67
Членов	379
Чудновский	411, 412
Чудовский	348, 371, 373
Чунихин 273, 405, 408, 536, 559,	
	22, 224

Ш. Sch. Ch.

Шабад	165, 215
Шабельский	626
Шайкевич	167
Шалита	568, 484
Шалыгин	8
Шалыт	449
Champetier de Ribes 125, 213, 222, 229	

	Стр.
Champion	250
Шанявский	20
Шапиро	559, 461, 466
Шапошников	189
Шарков	598
Шатский	462, 466
Schatz	124, 191
Шаховской	465
Шварц	169, 524, 529, 599
Шведков	165
Швейцер	352
Швец	407, 415
Швогер-Леттецкий	251, 253, 258
Шеболдаев	568
Шевальдышев	466, 132, 187
Шевелев	167
Schenk	174
Шеремецинская	461, 467
Шерешевский	197
Шестопап	179, 182, 188, 189
Шефтель	9
Шибряевский	184
Шильдкрет	413, 466
Шиманский	96
Шипов	219
Широкова	9
Ширшов 18, 443, 557, 559, 575,	
	210, 215, 387
Ширяев	379, 520
Шишло	471
Шкарин	184, 333, 364
Шкловский	560, 462, 467
Шклярский 98, 99, 273, 396, 422,	
	535, 559, 128
Шлапоберский	243, 249, 9
Шлезингер	20
Шлейер	415
Шлоккер	530
Шмидт . 308, 314, 363, 408, 498,	
	605, 385
Шмидтгоф	262, 263
Шмуклер	394
Шолковский	407
Шор	480, 481, 77
Шорштейн	114

	Стр.
Шостаk	26
Schottmüller	406, 427
Шпиндлер	467
Шрайбер	396, 419, 168
Шредер	427, 510, 346
Schroeder	196, 197, 141, 144
Штейн	416, 530
Штейнберг	544
Штейнман	296
Штерн	599, 467
Штернберг	381
Штоль	350, 443, 182, 395
Штольц	48, 307, 346, 403
Штраух	459, 568, 574, 599, 625, 24, 151, 387
Штрейхер	310, 315, 419, 420
Шуварский	11, 13
Шукевич	459, 467
Schultze	54, 161, 212, 213, 214, 194, 195, 371
Шульц	478
Шумкова-Трубина	157
Шуринов	624
Шустов	9
Schuchardt	234

Щ.

Щеглов	44
Щепетильникова	465
Щепкин	366
Щербаков	107, 108, 415
Щербина	445, 449
Щеткин	428, 490, 154, 156, 366, 415, 466
Щукин	411, 414

Ю. Ju.

Стр.

Юзефович	605
Jungblüth	40, 507, 508
Юрасовский	449, 498, 506, 605, 23, 96, 252, 257, 258
Юревич	79, 372
Юровский	187
Юцевич	151
Юшков	478

Я.

Ягодинский	390, 394
Язвицкий	431, 478
Якобсон	532, 535, 536, 543, 625, 49, 210, 215
Яковлев	626, 151
Яковский	323
Якуб	188, 368, 369, 372, 420, 422, 430, 431, 477, 528, 529, 530, 559, 346, 404
Якубовский	625
Яловилов	449
Яницкая	128
Яновская	364
Яновский	540, 544
Янопольский	248, 151
Ярошевский	17
Ярцев	491, 562, 569, 251, 258, 386
Ясинский	2, 50, 125, 235, 262, 273, 605, 395
Ястребов	185, 188, 190, 202, 251, 26, 31, 48, 346, 386, 487, 488
Ястржембский	460
Яхонтов	248, 151, 404



Типография
Отто Эльснера в Берлине
Печатание
на всех языках мира

akusherlib.ru