

ПРОФ. Р. А. ЧЕРТОК

**ОСЛОЖНЕНИЯ  
БЕРЕМЕННОСТИ  
И РОДОВ**



Проф. Р. А. ЧЕРТОК

# ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

---

ВОРОНЕЖСКОЕ ОБЛАСТНОЕ КНИГОИЗДАТЕЛЬСТВО

1 9 3 9



Родион Аркадьевич  
ЧЕРТОК

---

## ОТ АВТОРА.

С осложнениями беременности и родов приходится иметь дело не только специалисту-акушеру, но и всякому врачу, работающему на участке. Многие отклонения от нормального течения беременности и родов требуют оказания немедленной квалифицированной помощи. Во многих случаях несвоевремен-но сделанная акушерская операция, неправильно выбранное акушерское пособие могут стоить жизни плоду и нанести непоправимый вред матери. Это требует от врача, оказывающего акушерскую помощь, умения быстро ориентироваться в каждом сложном случае, безошибочно поставить диагноз имеющегося осложнения и, в соответствии с этим, наметить наиболее целесообразный и бережный образ действий. Участковый врач, врач районной больницы нередко предоставлены самим себе, им часто не с кем посоветоваться при рассмотрении той или иной сложной акушерской задачи, и они волей-неволей вынуждены обращаться за ее решением к печатному слову. Цель издаваемого нами руководства — помочь участковому врачу и начинающему акушеру в их повседневной акушерской деятельности. В основу руководства лег опыт тех акушерских учреждений, в которых автору приходилось работать.

Предлагаемая книжка охватывает осложнения беременности и родов, с которыми врачу участка и районной больницы чаще всего приходится сталкиваться. При описании того или иного осложнения мы уделяем особое внимание его диагностическим особенностям и изложению тех мероприятий, применение которых при нем показано. Мы сочли полезным дать подробное описание и тех хирургических вмешательств, которые применяются в акушерстве; врач районной больницы нередко может быть поставлен перед необходимостью произвести их.

Рост рождаемости, широкое развертывание родильных учреждений в нашей стране настойчиво выдвигают вопрос об оказании квалифицированной акушерской помощи не только специалистом-акушером, но и врачом участка и районной больницы. Буду считать поставленную передо мной цель достигнутой, если издаваемая книга окажется полезной не только специалисту-акушеру, но и участковому врачу в его повседневной акушерской практике.

*Проф. Р. А. ЧЕРТОК.*

## АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ.

Акушерские кровотечения, достигающие иногда значительных размеров, являются наиболее грозным осложнением беременности и родов, требующим в большинстве от врача немедленного, умелого вмешательства. Поэтому детальное знакомство с причинами акушерских кровотечений, умение их диагностировать и выбрать соответствующий лечебный метод важны не только для каждого акушера, но и для участкового врача, который может быть поставлен перед необходимостью оказать помощь истекающей кровью женщине.

Акушерские кровотечения бывают следствием многих причин. Одни из них встречаются, преимущественно, в первой половине беременности, другие—во второй половине, третьи—во время родов, четвертые — после родов.

### **Кровотечения, встречающиеся в первой половине беременности.**

Мы начнем изложение этой главы с кровотечений, встречающихся, по преимуществу, в первую половину беременности. Сюда будут относиться: а) преждевременное прерывание беременности — выкидыш, б) пузырный занос, в) хорион эпителиома, г) внематочная беременность.

Некоторые гинекологические заболевания, как например, эрозии, полипы, рак шейки матки также могут быть причиной кровотечений на всем протяжении беременности.

### **Аборт.**

Абортом, или выкидышем, называют преждевременное прерывание беременности—до 28 недель—на том основании, что плоды меньших сроков нежизнеспособны.

Мы различаем: аборт самопроизвольный, происшедший без всякого вмешательства, и аборт искусственный.

Искусственный аборт, в свою очередь, может быть подразделен на: а) больничный аборт и б) подпольный аборт. Последний может быть произведен врачом во внебольничной обстановке и без всяких к тому показаний; чаще же всего под-

польный, или преступный, аборт производится либо лицами, не имеющими достаточной медицинской подготовки, либо самой больной.

Причины самопроизвольного аборта довольно многообразны.

1. Острые инфекции. Пневмония, тифы — сыпной, брюшной и возвратный, скарлатина, грипп и, в редких случаях, малярия могут привести к гибели плода и к последующему его изгнанию. В других случаях, вследствие высокой температуры, первоначально наступают сокращения матки, ведущие к отслойке плодного яйца и к его изгнанию.

2. Хронические инфекции. Гоноррейный процесс может иногда настолько изменить слизистую оболочку матки, что делает ее мало пригодной для развития имплантировавшегося яйца. В этих случаях в decidua могут появляться ограниченные некрозы, кровоизлияния, ведущие к отслойке плодного яйца и к его изгнанию.

Сифилис вызывает привычное прерывание беременности, чаще всего во второй половине. Для этих случаев характерно наступление нескольких выкидышей подряд во все возрастающие сроки.

Туберкулез иногда может быть причиной преждевременного прерывания беременности. В этих случаях, помимо туберкулезной интоксикации, может иметь значение и сильный кашель, сопровождающий это заболевание, и расстройство кровообращения.

Хронический нефрит, при котором часто наблюдается образование обширных белых инфарктов плаценты, также может повести к выкидышу.

3. Изменения маточной мускулатуры. Инфантилизм, пороки развития матки, как правило, сопровождаются недостаточным развитием мускулатуры матки. Предел растяжения такой матки достигается значительно раньше, чем нормально; в этих случаях сокращения ее мускулатуры наступают задолго до достижения зрелости плода и ведут к его изгнанию. Аналогичные явления мы наблюдаем и при вторичных изменениях маточной мускулатуры, например, при миомах и после перенесенных септических процессов, распространяющихся на мышечный слой матки.

4. Обширные разрывы шейки матки, оставляя незащищенным нижний полюс яйца, могут быть причиной ранних выкидышей.

5. Неправильные положения матки, как retroflexio, смещение ее вследствие сращений, после вентрофиксаций, могут служить препятствием для роста матки и ведут к выкидышу.

6. Травматические повреждения, особенно нижней части живота в редких, правда, случаях, также могут вызвать преждевременную отслойку и изгнание плода. Наблюдения некоторых авторов показали, что матка особенно возбудима в дни, в которые обычно приходят месячные. Правильность этого взгляда нуждается в дальнейшем подтверждении.

7. Отравление (острое и хроническое) некоторыми веществами (фосфор, ртуть, свинец, большие дозы хинина, никотина, алоэ и т. д.) иногда способствует аборту.

8. Из других заболеваний, ведущих к прерыванию беременности, можно указать на аппендицит, пернициозную анемию, лейкомию, декомпенсированные пороки сердца.

9. Вопрос о гормональных причинах аборта неясен. Поддерживаемое некоторыми авторами мнение о роли желтого тела в развитии яйца в первые месяцы беременности необосновано. Мы наблюдали продолжение беременности в ряде случаев, когда во время предпринятой в первые месяцы беременности овариотомии удалялось и желтое тело. Но, повидимому, все же в организме беременной циркулируют какие-то вещества, имеющие отношение к развитию беременности. Поводом для такого утверждения служат следующие наши наблюдения: в ряде случаев начинающегося привычного выкидыша нам удалось периодическими инъекциями мочи нормальных беременных довести беременность до конца.

Во многих случаях не удается установить первичную причину выкидыша.

Многие из приведенных выше причин являются стойкими, ведущими к прерыванию ряда следующих друг за другом беременностей; в этих случаях мы говорим о привычном выкидыше.

В течении самопроизвольного выкидыша мы различаем несколько стадий. Течение большинства подпальных выкидышей, производимых самой больной или недостаточно опытными лицами, во многом напоминает течение самопроизвольного выкидыша. Поэтому мы считаем вполне уместным дать для них общее описание.

В одних случаях дело начинается с частичной — самопроизвольной или искусственной — отслойки яйца: появляются незначительные кровянистые выделения, схваток нет, наружный зев остается закрытым, шейка не укорачивается. В этих случаях мы говорим об угрожающем выкидыше — *abortus imminens*. Нередко дальнейшей отслойки яйца не происходит, и беременность продолжается. Если же произошла отслойка яйца на значительном протяжении, обычно на-



чинаются маточные сокращения и яйцо в дальнейшем изгоняется.

В других случаях выкидыш начинается именно с маточных сокращений; шейка в этих случаях несколько укорачивается, зев приоткрывается, пропуская кончик пальца. Под влиянием маточных сокращений происходит и отслойка яйца —



Рис. 1. Начи́нающийся аборт.



Рис. 2. *Ab. cervicalis*.

появляется, незначительное вначале, кровотечение. Тогда мы говорим о начинающемся выкидыше — *abortus incipiens* (рис. 1). Если действие причин, вызвавших маточные сокращения (например, высокая температура, прием медикаментозных веществ), приостанавливается — сокращения матки прекращаются, и беременность может продолжаться. Однако в большинстве случаев начавшиеся сокращения матки продолжают, отслойка яйца прогрессирует, и оно, в конце концов, изгоняется.

Механизм изгнания яйца в первые месяцы беременности несколько отличается от механизма в более поздние месяцы. В первые месяцы открытие шейки, вследствие маточных со-

кращений, и отслойка яйца происходят обычно одновременно и сопровождаются более или менее обильным кровотечением на всем протяжении выкидыша. В этих случаях яйцо чаще всего отслаивается целиком вместе с децидуальной оболочкой и изгоняется из половых органов. Происходит полный выкидыш — *abortus completus*. Иногда отслоившееся яйцо,



Рис. 3. *Fist. cervico-laqueatica*.  
НЗ — наружный зев; Ф — отверстие в задней губе шейки матки.



Рис. 4. Нижний полюс яйца прошел наружный зев; верхний полюс еще прикреплен к стенке матки.

выходя из полости матки, задерживается в шейечном канале из-за недостаточно раскрытого наружного зева — наступает так называемый шейечный выкидыш — *abortus cervicilis* (рис. 2). В очень редких случаях при ригидном, рубцовом наружном зеве яйцо находит себе выход наружу через трещину в центре задней губы шейки матки, носящую название *fistula cervico-laqueatica* (рис. 3).

В других случаях части яйца, главным образом хорион, задерживаются в полости матки. Вследствие этого кровотечение после отхождения большей части яйца продолжается, шейка матки остается открытой. В этом случае мы говорим о неполном выкидыше — *abortus incompletus*.

На 3—4-м месяце беременности отслаивающийся нижний полюс яйца все глубже и глубже проникает в открытый шейный канал. Нижний полюс яйца может показаться из наружного зева в то время, когда верхний полюс еще плотно прикреплен ко дну матки. В дальнейшем и он отслаивается, и яйцо может быть изгнано целиком, как и в первые месяцы беременности (рис. 4).

Но нередко уже со второй половины 3-го мес. выкидыш обычно протекает по типу родов. Вначале наступают сокращения матки, способствующие полному открытию шейки, отходят воды и изгоняется плод. Изгнание плаценты, находящейся в первой половине беременности в довольно интимной связи с маточной стенкой, обычно нарушается, — происходит неполное отделение плаценты, наступает кровотечение, которое может быть очень обильным. Даже в тех случаях, когда происходит самостоятельное изгнание плаценты, возможна задержка части ее.

Диагноз аборта в различных его стадиях в большинстве случаев затруднений не представляет.

При угрожающем аборте налицо субъективные и объективные признаки беременности: аменоррея, тошнота, рвота, слюнотечение, изменение вкуса, головокружение, пигментация белой линии и сосков, нагрубание грудей, выделение молозива. Наружные половые органы представляются отечными, цианотичными. Матка увеличена соответственно сроку беременности, шаровидная, мягковатой консистенции, иногда с ясно выраженной однорогостью. Бимануальное исследование должно производиться в этих случаях с максимальной осторожностью, без грубого прикосновения к матке, могущего вызвать сокращения ее. Зев закрыт, шейка не укорочена, наличие кровянистых выделений свидетельствует о начавшейся отслойке яйца (рис. 5).

При начинающемся аборте к перечисленным выше симптомам присоединяется незначительное укорочение влагалищной части и небольшое открытие наружного зева, пропускающего кончик пальца (рис. 1).

При прогрессирующем аборте (аборт на ходу) — *abortus protrahens* больная жалуется на схваткообразные боли. Влагалищная часть представляется еще более укороченной, наружный зев, канал шейки и внутренний зев свободно проходимы для пальца, который в этих случаях может прощупать нижний полюс яйца. Налицо более или менее обильное кровотечение (рис. 6).

В случае неполного аборта в анамнезе больной будут указания на перечисленные выше симптомы беременности. Больная отмечает, что у нее после некоторого периода

схваткообразных болей выделилось большое количество сгустков крови, части яйца или плод. При бимануальном исследовании находим укороченную шейку, открытый шейный канал; матка размягчена, размеры матки, опорожненной от части своего содержимого, несколько меньше размеров матки соответствующего срока беременности. Полезно бывает вышедшие

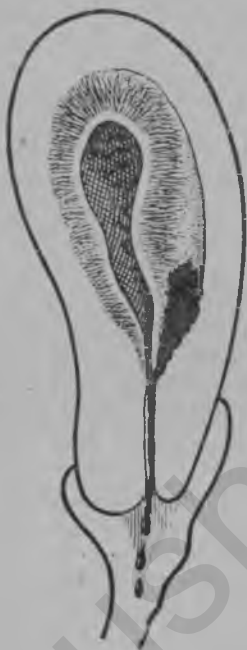


Рис. 5 Угрожающий аборт.



Рис. 6. Прогрессирующий аборт (аборт на ходу).

части плодного яйца погрузить в воду; в отличие от децидуальной оболочки, отделяющейся при внематочной беременности, части плодного яйца, содержащие элементы хориона, в воде представляются ветвящимися, напоминающими мох.

В отличие от только что изложенного, матка при полном аборте более плотная, кровотечение незначительное, края зева вялые.

Лечение угрожающего и начинающегося выкидыша должно быть направлено к предотвращению дальнейших сокращений матки и прогрессирующей отслойки яйца. Больной предписывается покой, назначаются в свечах или в маленьких клизмах опиаты с белладонной (*t-rae opii simplicis* 7—10 капель и *extr. belladonnae* 0,02 3 раза в день).

Постельный режим отменяется не раньше 3—4 дней после полного прекращения кровянистых выделений. Можно давать *per os* и *extr. viburni prunifolii* по 20—25 капель 3 раза в день. Мы получили вполне удовлетворительные результаты при внутримышечном введении 10 см<sup>3</sup> мочи беременных на 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> мес. Такие инъекции производятся дважды в месяц вплоть до конца беременности. Эти инъекции, систематически проводимые с начала беременности, дают хорошие результаты и при привычном выкидыше. Механизм их действия для нас не совсем еще ясен. Возможно, что эффект в этих случаях получается от введения в организм с мочой беременных дополнительных доз пролана, являющегося антагонистом питуитрина. Возможно, что в организме беременной циркулируют неизвестные нам еще вещества, необходимые для дальнейшего развития яйца. Недостаток этих веществ при привычном выкидыше, возможно, и пополняется при введении мочи нормальных беременных.

Лечением продолжающегося выкидыша и неполного выкидыша является инструментальное или пальцевое опорожнение матки. Инструментальное опорожнение мы применяем в первые 3—3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> мес. беременности; в более поздние сроки является целесообразным пальцевое удаление яйца, при котором более бережно и верно обследуется достигающая значительных размеров полость матки.

К немедленному опорожнению матки следует приступить лишь в тех случаях, когда есть полная уверенность в том, что аборт самопроизвольный и что его наступление не вызвано никакими внутриматочными манипуляциями, могущими инфицировать полость матки. Точно так же надо воздержаться от немедленного опорожнения матки и в тех случаях, когда имеются признаки инфекции половых органов: высокая температура (выше 37,5), ускоренная реакция оседания эритроцитов (выше 20 мм в час по Панченкову), гнойные выделения, болезненность сводов, увеличенные придатки. В этих случаях только угрожающее жизни кровотечение может потребовать немедленного опорожнения матки. Если же кровотечение незначительно и не угрожает жизни больной, стараются добиться опорожнения матки другим путем. Больной назначается хинин *per os* по 0,3 три раза в день с промежутками в 1 час в течение 2 дней и одновременно производятся внутримышечные инъекции 0,25 *chinini bismuriatici* или *bisulfurici* в течение этого же времени. Нижний отдел матки, шейка и своды влагалища тампонируются на 12—24 часа марлевым тампоном; можно ввести в матку небольшой резиновый баллон, к которому подвешивается груз в 200—300 г. Под

влиянием указанной терапии нередко наступают маточные сокращения, которые могут быть усилены внутриматочными инъекциями 2,0 питуитрина; яйцо отделяется и изгоняется. Если в течение 2 суток у больной не наступят явления ин-



Рис. 7. Выпрямление матки при антефлексии.

фекции или имеющиеся явления исчезнут, можно, при неуспехе указанных выше мероприятий, приступить к выскабливанию матки (до 3—3½ мес. беременности) или к пальцевому опорожнению (в более поздние сроки).

Выскабливание в этих случаях лучше всего производить тупой кюреткой. Наружные половые органы обмываются дезинфицирующим раствором (сулема 1 : 4000, формалин 1 : 1000). Этим же раствором проспринцовывают и влагалище. Помимо этого, наружные половые органы смазываются спир-

том и 5-проц. иодной настойкой. Лобок, бедра и промежность покрываются стерильным бельем, для чего можно иметь специальные салфетки с разрезом посередине. Во влагалище вводятся ложкообразные зеркала, обнажающие влагалищную

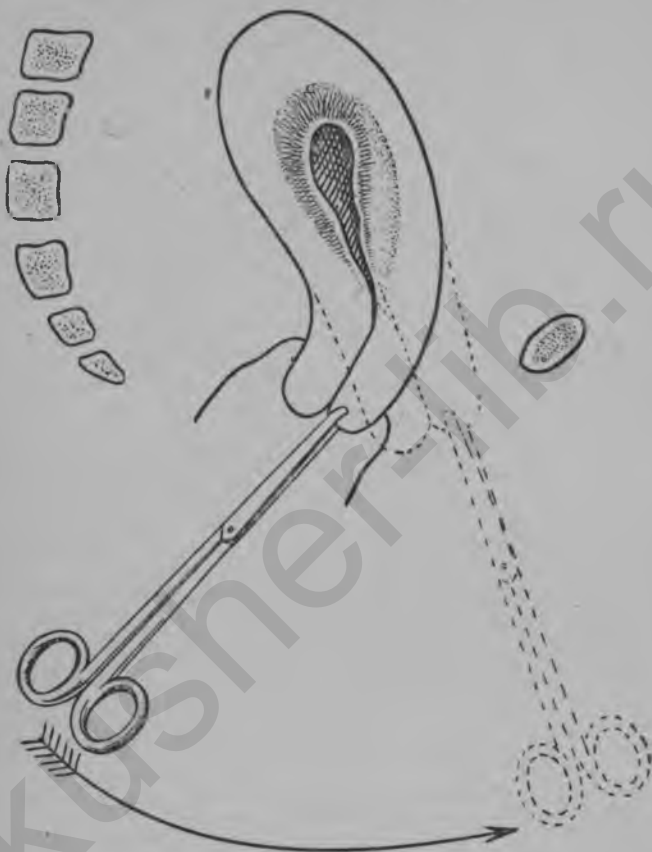


Рис. 8. Выпрямление матки при ретрофлексии.

часть; последняя и стенки влагалища протираются спиртом и 5-проц. иодной настойкой. Передняя губа захватывается пулевыми щипцами; канал шейки протирается перекисью водорода, а потом 5-проц. иодной настойкой; после этого приступают к самой операции — выскабливанию, — которую можно разбить на следующие моменты:

1. Выпрямление матки, благодаря которому угол между телом и шейкой выпрямляется. Это приводит к тому

что канал шейки и полость матки располагаются по одной прямой, чем облегчается проникновение инструментов из шейки в полость матки. При положении матки в антефлексии выпрямление достигается оттягиванием влагалищной части



Рис. 9. Введение расширителя Хегара.



Рис. 10. Отслойка яйца тупой кюреткой.

при помощи пулевых щипцов кзади, по направлению к крестцу (рис. 7); при ретрофлексии матки влагалищная часть оттягивается кпереди, по направлению к лобку (рис. 8). Выпрямление матки производится при каждом введении того или иного инструмента. После этого тупым зондом с делениями определяется длина матки. С этой целью зонд осторожно доводится до дна матки, пальцем отмечается место соприкосновения зонда с наружным зевом, и зонд извлекается. Приста-



вленный к нему палец указывает длину матки от дна до наружного зева.

2. Расширение канала шейки производится металлическими расширителями Хегаля с закругленными, но ни в коем случае не заостренными краями; имеются расширители различной толщины: номер расширителя обозначает его диаметр в миллиметрах. При прогрессирующем или неполном аборте расширение обычно происходит легко и может быть начато со средних номеров (7—8). Расширитель берется плотно за рукоятку двумя пальцами: указательным, расположенным на нижней поверхности рукоятки, и большим, расположенным на верхней. При положении матки в антефлексии вогнутость расширителя смотрит вперед, при ретрофлексии — назад. Плотное удерживая указанными пальцами рукоятку расширителя, проводим его через наружный зев, канал шейки и внутренний зев, представляющий наибольшее сопротивление. Это сопротивление преодолевается неуклонным, но не грубым продвижением расширителя вперед при одновременном натягивании пулевых щипцов в указанном выше направлении. Производить буравящие и качательные движения расширителем нельзя. Расширитель продвигается лишь за внутренний зев и не доводится до дна матки; после введения расширитель задерживается в таком положении в течение нескольких секунд (рис. 9). Если последующий номер расширителя проходит с трудом, возвращаются снова к предыдущему номеру. Для опорожнения  $1\frac{1}{2}$  —  $2\frac{1}{2}$ -мес. матки достаточно расширить шейку до 12-го номера, при  $2\frac{1}{2}$  —  $3\frac{1}{2}$ -мес. беременности — до 14-го номера.

3. Удаление яйца или его частей. Сначала вводят в матку тупую кюретку, еще лучше, ложку Винтера и стараются отслоить яйцо от стенки матки. С этой целью кюреткой проникают между яйцом и маточной стенкой вогнутостью по направлению к яйцу; вводя и выводя кюретку, отделяют яйцо от задней маточной стенки, затем от левой, от передней и, наконец, от правой маточной стенки, держа все время кюретку вогнутостью по направлению к яйцу (рис. 10). Кюретку вводят осторожно, не ударяя ею о дно матки. Затем в закрытом виде, за внутренний зев, в полость матки вводят полипные щипцы, открывают их и продвигают в таком виде вперед на 2—3 см, но не больше, закрывают и осторожно выводят наружу (рис. 11). Хорошо отделенное яйцо легко следует за ними (рис. 12). Обычно 2—4 введения полипных щипцов в полость матки бывает достаточно для удаления основной массы плодного яйца. Опорожнение матки заканчивают выскабливанием. Для этого целесообразно пользоваться обычными кюретками, несколько иступив их. Кюретку вводят осторожно в

полость матки до дна ее — параллельно маточной стенке (рис. 13), потом ставят к ней под острым углом и при легком нажимании на стенку матки производят скользящее движение в направлении от дна матки к шейке (рис. 14). Такими движе-

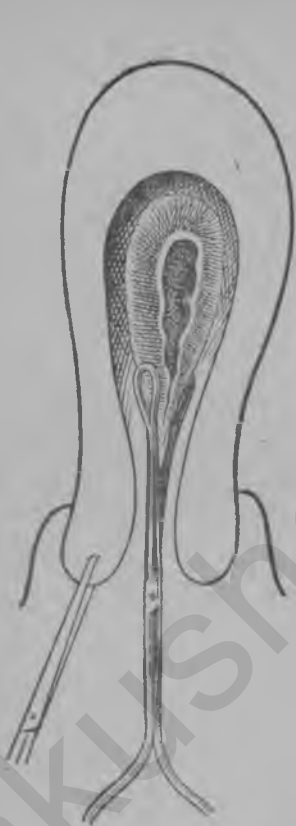


Рис. 11. Захватывание плодного яйца полипными щипцами.



Рис. 12. Захваченное полипными щипцами яйцо извлекается из полости матки.

ниями обходится полость матки на всем ее протяжении. Появляющееся при этом кровотечение не должно останавливать врача; оно прекратится как только опорожнится полость матки. Выскабливание каждого участка производится до появления маточного хруста, что указывает на полное удаление частей яйца в данном месте. Еще лучше руководствоваться ощущением пальцев, держащих рукоятку; эти пальцы при известном

навыке могут ощущать характер ткани, по которой, проходит скользящая кюретка: ощущение мягкости, пастоности свидетельствуют о наличии остатков яйца; при прохождении кюретки по маточной стенке, свободной от яйца, получается ощущение



Рис. 13. Введение кюретки в полость матки.

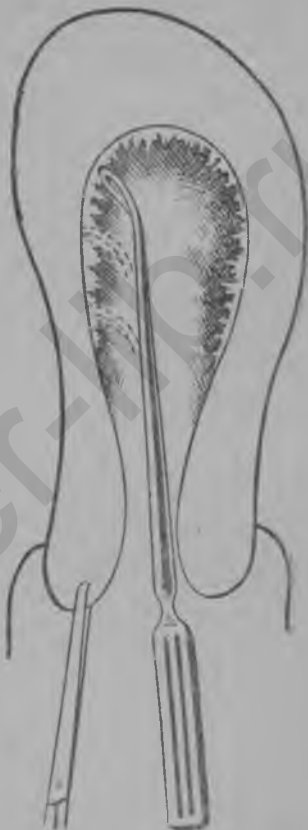


Рис. 14. Скользящие движения кюретки.

плотности. В тех случаях когда опорожнение матки предпринимается для удаления остатков яйца — пользоваться полипными щипцами излишне.

В заключение полость матки протирается сухой марлевой полоской. Последняя захватывается длинным пинцетом, доводится до дна матки и через несколько секунд оттуда извлекается. После этого в полость матки также на несколько секунд вводится полоска марли, обильно смоченная 5-проц. иодной

настойкой. Избыток иода, появившийся из наружного зева, удаляется марлевым шариком. Пулевые щипцы снимаются, места уколов прижигаются иодом, зеркало извлекается, и больная переносится на кровать.

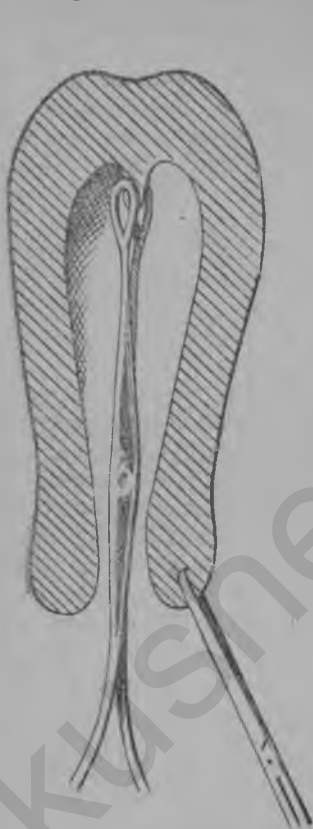


Рис. 15. Глубоко введенные полипные щипцы захватывают дно матки.

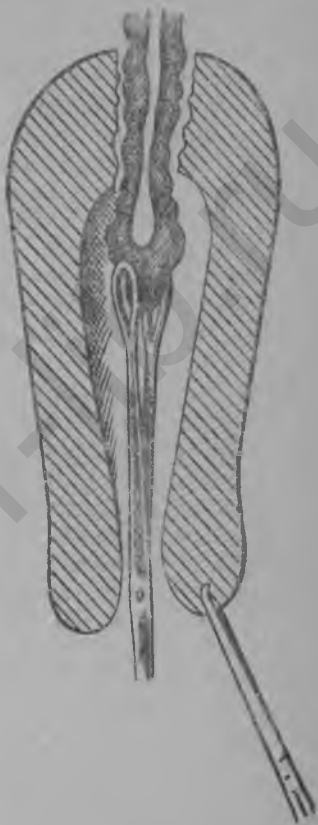


Рис. 16. Полипными щипцами через перфорационное отверстие в матке захвачена петля кишки.

Для обезболивания мы рекомендуем пользоваться внутренним введением смеси антипирина (1,5 40-проц. раствора) и пантопона (1,0 — 2-проц. раствора).

При неосторожном выскабливании матки возможна ее перфорация, особенно тогда, когда оперирующему неизвестно положение матки. В этих случаях перфорация может быть произведена зондом или расширителем, который вводится в несоответствующем направлении. Возможна перфорация и кю-

реткой, грубо зводимой в полость матки, без принятия в расчет длины последней. Особенно опасны в этом отношении маленькие кюретки, которыми стремятся выскабливать углы матки. Перфорация абортцангом (полипными щипцами) происходит в тех случаях, когда не соблюдаются указанные выше правила введения его. В этих случаях абортцанг может захватить маточную стенку и при своем извлечении поранить ее (рис. 15). Диагностировать перфорацию в большинстве случаев затруднений не представляет. Прохождение инструмента на глубину, большую длины матки, производящее впечатление „проваливания“ инструмента, свидетельствует о проникании его за пределы матки. Обычно это вызывает у больной чувство острой кратковременной боли. Иногда при перфорации из полости матки инструментом извлекается петля кишки (рис. 16), сальник, кусочек рыхлой ткани (из параметрия). При перфорации от дальнейшего выскабливания необходимо тут же отказаться.

Не всякая перфорация требует немедленной лапаротомии. Образ действий во многом зависит от характера инструмента, которым сделана перфорация. Если она произведена зондом или расширителем Хегара, вполне уместна выжидательная терапия. Больной предписывают покой, лед на живот, белладонну в свечах. Также поступаем при перфорации кюреткой, при которой из полости матки не было извлечено подозрительной ткани — кусочка сальника, рыхлой ткани. Если в течение ближайших часов не обнаружится явлений внутреннего кровотечения (нарастающая анемия, свободная жидкость в брюшной полости, появление опухоли в параметрии или явлений раздражения брюшины, тошнота, напряжение и болезненность внизу живота, симптом Блюмберга, боли под ложечкой, прекращение или ослабление перистальтики, учащение пульса, подъем температуры) — никакого вмешательства не требуется. Если не внесена инфекция и не поврежден крупный сосуд, все обходится благополучно.

При перфорации, произведенной хватающими инструментами (полипные щипцы, абортцанг и пр.), либо при извлечении кюреткой из матки подозрительной ткани, — показана немедленная лапаротомия, при которой весь кишечник должен быть осмотрен. Вопрос о сохранении матки решается в зависимости от локализации и характера ее повреждений. При наличии нескольких рваных ран показано удаление; при незначительном повреждении матка сохраняется: она вскрывается по соседству с имеющимися повреждениями, ее содержимое удаляется, на разрез накладываются швы.

Ручное отделение возможно при достаточном открытии канала шейки, которое обычно и имеется во время

аборта. При недостаточном открытии сначала производится расширение канала так, чтобы могли пройти один или два пальца (в более поздние сроки беременности). После расширения — зеркала и пулевые щипцы удаляются; вся рука в пер-



Рис. 17. Введенный в полость матки палец отыскивает нижний полюс яйца.



Рис. 18. Пилящими движениями пальца яйцо отслаивается от стенок матки.

чатке, сложенная конусообразно, вводится во влагалище; левая рука через брюшную стенку, покрытую стерильной салфеткой, надавливая на дно матки, подает ее навстречу руке, введенной во влагалище. Один или два пальца вводятся в полость матки, нащупывают нижний полюс яйца или его остатки (рис. 17); пилящими движениями палец отделяет яйцо или его остатки от стенок матки и выводит их во влагалище (рис. 18). Во все время отделения наружная рука

лежит на матке и стремится легким массажем вызвать ее сокращение. Это способствует отделению яйца. Кроме того, сократившаяся матка, по своей плотной консистенции, резко отличается от тестоватой массы плодного яйца. Это помогает пальцу попасть в соответствующий слой, в котором и происходит отделение яйца. Удалив из полости матки яйцо или его остатки, врач не вынимает руки из влагалища. Пальцы снова вводятся в матку, обходят всю полость ее, чтобы удостовериться в полном удалении яйца.

После пальцевой отслойки яйца рекомендуется произвести промывание полости матки горячей водой (50°C), к которой примешиваются несколько капель иодной настойки до цвета чая средней крепости. Промываем при помощи наконечника Фритш-Боземанна с двойным током. Для этой цели влагалищную часть обнажаем зеркалами, переднюю губу шейки захватываем пулевыми щипцами, дезинфицируем спиртом, иодом канал шейки и наружный зев. Резиновая трубка от кружки надевается на наконечник, пускается вода до появления теплой струи. Лицо, держащее кружку, зажимает резиновую трубку, и наконечник осторожно вводится в полость матки, не доходя несколько до дна. Во время промывания наконечник поворачивается концом вправо и влево, чтобы промыть всю полость матки; выводить и продвигать наконечник вперед во время промывания не следует во избежание прободения матки. Промывают полость матки до тех пор, пока в вытекающей воде не будет примеси крови. Обычно для этого бывает достаточно 4—5 стаканов жидкости. Промывание производится под небольшим давлением (кружку держат не выше  $\frac{1}{2}$  м над уровнем стола), при приподнятой верхней части туловища больной.

Пальцевое отделение должно производиться под общим наркозом. После ручного отделения мы вводим больной внутримышечно 2 см<sup>3</sup> молока, простерилизованного в течение 10 мин. на водяной бане или 5—10 см<sup>3</sup> собственной крови больной.

Септический выкидыш, как уже указывалось, ведется нами строго консервативно. Помимо консервативных методов для удаления плодного яйца больной назначается специальное лечение, о котором будет речь в отдельной главе, посвященной послеродовой инфекции.

При полном аборте, разумеется, опорожнения матки не приходится производить. Больной назначается покой в течение 3 дней и дается спорынья.

Нередки случаи, когда при кажущемся полном опорожнении матки в ее полости все же остаются части детского места или ворсистой оболочки различной величины. Если это установлено тут же при отхождении яйца, при отсутствии

инфекции показано немедленное удаление оставшихся частей. При наличии остатков яйца регенерация слизистой оболочки нарушается, матка плохо сокращается и кровотечение продолжается; иногда вследствие присоединившейся инфекции температура повышается, матка становится болезненной, выделения принимают грязноватый характер и издают неприятный запах. Инструментальное или пальцевое отделение оставшихся кусочков в этих случаях недопустимо из-за опасности распространить инфекцию за пределы матки. Необходимо добиться опорожнения матки указанными выше консервативными способами, к которым можно еще прибавить обильные спринцевания. Инструментальное или пальцевое опорожнения матки допустимы лишь спустя несколько дней после того, как исчезнут указанные выше явления инфекции. Даже в тех случаях, когда явлений инфекции нет и когда полное опорожнение матки не было произведено непосредственно после выкидыша, удаление остатков яйца допустимо не раньше 10 дней со времени изгнания яйца, ибо к этому времени наступает регенерация слизистой оболочки, и возможность распространения инфекции за пределы матки ничтожна.

В редких случаях небольшие остатки плацентарной ткани не дают вначале никаких клинических проявлений. Вокруг них отлагается фибрин, который в дальнейшем организуется, образуя плацентарный полип. Наличие такого полипа вызывает длительные кровотечения. Если плацентарный полип не будет удален сразу, кровотечение может остановиться, но в этом случае у больной, которая недавно перенесла выкидыш, месячные делаются длительными (больше 8 дней), обильными, нередко болезненными; матка больше нормы, размягчена, особенно в одном участке. При установлении плацентарного полипа показано его инструментальное удаление.

Иногда при гибели плодного яйца в его полость и вокруг нее происходит кровоизлияние. Яйцо представляется пропитанным кровью, образует кровяной занос—*mola sanguinolenta*, и в таком виде либо изгоняется, либо остается в полости матки. В последнем случае фибрин выпадает, он организуется, яйцо оплотневает, красящее вещество выщелачивается; образуется мясной занос—*mola carnea*. Последний может задержаться в полости матки в течение многих недель и даже месяцев.

Иногда погибшее яйцо не изгоняется, а остается в полости матки вплоть до конца нормального срока беременности, а иногда и больше. О непроизшедшем аборте—*missed abortion* говорят, если плод погиб до 28 недель, и о непроизшедших родах—*missed labor*, — если плод погиб после 28 недель. Анамнез в этих случаях доволь-



но характерен. Больная отмечала раньше у себя признаки беременности: тошноту, рвоту, головокружение, слюнотечение, набухание грудей. Потом все это исчезло: груди опали, живот перестал расти и даже уменьшился, шевеление плода, если оно ощущалось, исчезло. Из объективных данных характерно прогрессирующее уменьшение и уплотнение матки, вследствие всасывания околоплодной жидкости и частичной мумификации плода. Диагноз ставится на основании указанных выше особенностей анамнеза и на основании остановки роста матки или ее уменьшения, констатируемого при повторных осмотрах. Спешить с удалением плода в этих случаях не следует. Пребывание его в полости матки ничем не угрожает беременной. Как указывалось, плод, обычно к концу беременности (иногда несколько раньше, иногда несколько позже) — изгоняется. Можно попытаться ускорить изгнание плода медикаментозными способами. Больной дается 30,0 касторового масла; через час инъецируется 0,2 питуитрина; эти инъекции повторяются еще 5 раз с промежутками в 1 час. Одновременно дается *per os* хинин по 0,3 три раза с промежутками в 2 часа. В случае неуспеха этой попытки рекомендуем ждать до самопроизвольного изгнания плода.

В других случаях погибшее яйцо, остающееся в полости матки, инфицируется влагалищными микробами и подвергается ихорозному распаду. Грязные выделения издают зловонный запах, плод и оболочки расплавляются, превращаясь в легко рвущуюся массу грязного цвета. Иногда матка переполняется газами; она резко увеличена, напряжена и болезненна при пальпации. Ведется как септический выкидыш.

Зловонные выделения и *tympania uteri* наблюдаются также при заражении анаэробными микробами типа *v. perfringens*, палочек Френкеля, злокачественного отека и газовой гангрены. В этих случаях моча из-за распада эритроцитов принимает характер кровавого распада; кровь, взятая из вены или из пальца, жидкая, бледнорозового или темно-красного цвета. Пульс в этих случаях обычно не учащен, температура не всегда повышена. В дальнейшем появляется желтуха, а затем синие пятна, главным образом на лице, в области носа и вокруг глаз. Единственный способ спасти больную — как можно раньше удалить матку, лучше через влагалище. Иначе гибель больной неизбежна.

### Пузырный занос (*mola hydatidosa*).

При этом заболевании хориона отдельные ворсинки разбухают, наполняясь жидкостью, и достигают различной величины, от горошины до лесного ореха. Благодаря этому хорион,

а позднее плацента, превращается в массу, состоящую из отдельных пузырьков разной величины (рис. 19). Эта масса нередко напоминает по своему внешнему виду виноградную кисть.



Рис. 19. Пузырный занос.

Каждый пузырек выполнен студенистой массой, в которую переродилась строма ворсинки; поверхность пузырька покрыта разросшимся эпителием — клетками Лангханса и синцитиальными элементами (рис. 20). При указанном перерождении ворсинок питание плода нарушается. Он обычно погибает и в большинстве случаев рассасывается. Иногда перерождению подвергается только часть ворсинок; в этих, редко встречающихся, случаях беременность может даже продолжаться до нормального срока. Пузырный занос, как правило, встречается в первой половине беременности.

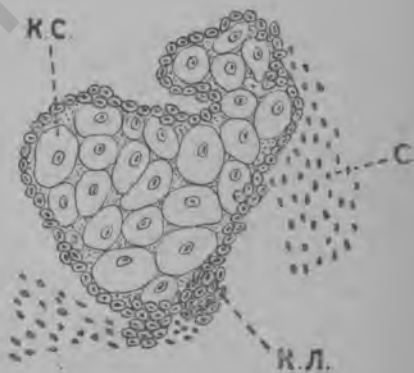


Рис. 20. Гистологическое строение стенки пузырька. К. С. — клетки стромы, К. Л. — клетки Лангханса, С. — синцитит.

Диагноз может быть поставлен на основании следующих характерных признаков. Вследствие проникновения разрастающихся элементов ворсинок в децидуальную оболочку и даже в мышечный слой и вследствие отслойки отдельных переродившихся ворсинок, периодические,

не сильные кровотечения, как правило, сопровождают это заболевание. Кровотечение обычно начинается не раньше 3—4-го мес. беременности. Сильное кровотечение наблюдается обычно лишь при отслойке значительной части пузырного заноса. Вторым характерным признаком является значительное увеличение матки, не соответствующее сроку. Мы недавно наблюдали случай пузырного заноса, в котором дно матки после 5-мес. задержки месячных находилось по средине между пупком и мечевидным отростком. Несомненным признаком пузырного заноса служит отхождение вместе с кровью отдельных пузырьков. Поэтому в тех случаях, когда подозревается пузырный занос, больной рекомендуют тщательно осматривать все выходящее из влагалища и при обнаружении пузырьков доставить их врачу. Ценным диагностическим приемом является реакция Цондек-Ашгейма, которая оказывается положительной и при применении мочи больной, разведенной во много раз.

Реакция Цондек-Ашгейма основана на наличии в моче беременных гонадотропного гормона передней доли гипофиза. Через 72 часа после введения указанного гормона или содержащего его вещества инфантильному животному в яичниках последнего обнаруживаются зрелые фолликулы — первая стадия реакции Цондек-Ашгейма (Z-A. R. I); матка увеличивается, во влагалище обнаруживаются безядерные эпителиальные глыбки, характерные для стадии течки. Через 80—90 час. в фолликулах обнаруживаются кровоизлияния, величиной с булавочную головку, видимые обычно простым глазом — вторая стадия реакции (Z-A. R. II); в дальнейшем наблюдается лютеинизация клеток фолликулов, образуются желтые тела — третья стадия реакции (Z-A. R. III).

Реакция для определения нормальной беременности производится следующим образом: пяти инфантильным мышам-самкам возрастом в 4 недели (вес мышей в этом возрасте равен 6—7 г) вводится моча исследуемой женщины. Производят 6 инъекций под кожу с промежутками в 8 час. При каждой инъекции вводится от 0,2 до 0,4 см<sup>3</sup> мочи. Спустя 96—100 час. после первой инъекции животные вскрываются; на яичниках простым глазом или при помощи лупы обнаруживаются зрелые пузырькообразные фолликулы с кровоизлияниями в них. Наличие зрелых фолликулов без кровоизлияний неубедительно и может наблюдаться и при отсутствии беременности. Лишь при наличии кровоизлияний можно утверждать, что вводимая моча принадлежала беременной женщине.

При пузырном заносе реакция Цондек-Ашгейма оказывается положительной и при введении указанных количеств мочи, разведенной в 10—40 раз.

Для ускорения реакции Цондек предложил обрабатывать мочу эфиром. К 30 см<sup>3</sup> исследуемой мочи прибавляется 100 г эфира, после выпаривания к этой смеси прибавляется виноградный сахар до 3%. Моча, обработанная таким образом, способна вызвать описанные выше изменения в яичниках грызунов через 48 час.

Есть предложение ускорить реакцию длительным облучением испытуемых животных и исследуемой мочи красным светом.

Реакция Фридмана на кроликах дает возможность получить положительный ответ уже через 48 час. Лучше всего пользоваться молодыми крольчихами, весом от 900 до 2000 г, изолированными от самцов в течение 4—6 недель. Моча вводится однократно в ушную вену в количестве 12 см<sup>3</sup>. Через 40—48 час. наступает резкая гиперемия и увеличение яичников; в них обнаруживаются пузырькообразные зрелые фолликулы с кровоизлияниями в них. Матка оказывается увеличенной и отечной.

Иногда при пузырьрном заносе яичники оказываются увеличенными вследствие образования двухсторонних кист желтого тела. Эти кисты достигают иногда значительной величины — до 2 кулаков. Обычно после удаления пузырьрного заноса они подвергаются обратному развитию, и яичники приходят к норме. Происхождение этих кист, повидимому, обязано наличию колоссальных количеств пролана, наводняющего организм носительницы пузырьрного заноса. Большие же дозы пролана, как известно, управляют развитием и функцией желтого тела.

Лечение. Пузырный занос обычно изгоняется самостоятельно — целиком или частями. Поэтому нет надобности спешить с его искусственным удалением. Опорожнить матку приходится лишь тогда, когда начинается обильное кровотечение. В этих случаях целесообразнее всего применить пальцевое удаление заноса; из-за внедрения отдельных пузырьков в толщу маточной стенки, последняя сильно истончается, чем значительно усиливается опасность перфорации при инструментальном опорожнении. В некоторых случаях, после ручного отделения, отдельные участки пузырьрного заноса остаются, кровотечение продолжается. Если оно не прекращается под влиянием сокращающих веществ, является необходимостью повторного опорожнения, которое лучше всего удаётся при помощи тупой кюретки. Выскабливание истонченной стенки матки должно производиться с максимальной осторожностью.

При незначительном кровотечении можно попытаться добиться изгнания заноса дачей хинина, питуитрина, введением тампона или резинового баллона в нижний отдел матки.

После удаления пузырьрного заноса большие в течение не-

скольких месяцев должны находиться под наблюдением врача, так как приблизительно в 5% на почве пузырного заноса развивается хорионэпителиома, симптомы которой мы рассмотрим несколько дальше.

Периодическое (1 раз в 1—2 мес.) производство при этом реакции Цонде-к-Ашгейма оказывает ценные услуги. Отрицательный результат ее на протяжении 6—8 мес. свидетельствует об отсутствии хорионэпителиомы.

### Хорионэпителиома.

Как уже указывалось, хорионэпителиома чаще всего развивается из пузырного заноса или из его остатков. Особенно опасным в этом отношении является так называемый разрушающий или злокачественный пузырный занос. В этих случаях пузырьки разъедают мышечные элементы, проникают на



Рис. 21. Гистологическое строение хорионэпителиомы.

наружную поверхность матки и, разрушая кровеносные сосуды, могут вызвать сильнейшие кровотечения. Этот вид пузырного заноса очень часто переходит в хорионэпителиому. В других случаях хорионэпителиома возникает после аборта и, гораздо реже, после нормальных родов через различные, иногда даже длительные, промежутки времени. Хорионэпите-

лиома представляет собою злокачественную опухоль, состоящую из эпителиальных элементов ворсинок; разрастаются главным образом синцитиальные элементы; рост клеток Лангханса менее выражен (рис. 21).

Разрастающиеся клетки проникают в толщу маточной стенки, образуя разной величины узелки темнокрасного или багрового цвета, вследствие переполнения их кровью. Элементы хорионэпителиомы нередко заносятся во влагалище, образуя в его стенке описанные выше узелки. По кровяному руслу элементы хорионэпителиомы могут заноситься и в отдаленные органы, образуя метастазы, главным образом, в легких и печени (рис. 22).

Первоначальным симптомом развивающейся хорионэпителиомы являются атипические, упорные, не поддающиеся никакой терапии кровотечения, развивающиеся после удаления пузырного заноса, после выкидыша или родов. В этих начальных стадиях диагноз может быть



Рис. 22. Метастазы хорионэпителиомы в легких.

поставлен почти исключительно на основании гистологического исследования соскоба слизистой оболочки матки; пробное выскабливание с последующим гистологическим исследованием является показанным во всех случаях упорных кровотечений, появляющихся после окончания беременности. Ценное диагностическое значение имеет и реакция Цондек-Ашгейма, оказывающаяся положительной и при значительных разведениях мочи. В дальнейшем матка оказывается увеличенной, мягкой. При глубоком прорастании узлов поверхность матки становится неровной, иногда несколько бугристой. Наличие во влагалище узлов багрового, темносинего цвета, обнаруживаемых при осмотре зеркалами, с несомненностью свидетельствует о наличии хорионэпителиомы. При наличии метастазов в легком появляется кровавая мокрота. Узлы в легком определяются при рентгеновском исследовании, а при поверхностном их расположении — перкуторно.

Хорионэпителиома по своему клиническому течению представляется злокачественным новообразованием, быстро расту-

щим, сравнительно скоро образующим метастазы и дающим в большинстве случаев рецидивы.

Случаи самопроизвольного рассасывания элементов хорион-эпителиомы чрезвычайно редки. Единственным способом спасти больную является ранняя расширенная экстирпация матки, придатков, верхней трети влагалища с последующим рентгеновским облучением. Одна лучистая терапия не дает удовлетворительных результатов. При наличии метастазов в легких, печени и других внутренних органах наша терапия беспомощна.

Оперированные больные должны находиться под контролем в течение долгого времени. Отрицательная реакция Цондек-Ашгейма, как правило, свидетельствует о радикальности операции и об отсутствии рецидива и метастазов.

Описаны единичные случаи развития хорионэпителиомы у небеременевших женщин и даже у мужчин.

### **Внематочная беременность.**

Внематочная беременность развивается при несвоеместной (эктопической) имплантации и развитии яйца. Это может произойти в любом участке пути, который проходит яйцо от яичника к матке (рис. 23). Однако, обычно, около 99% случаев, яйцо развивается в различных отделах трубы; в этих случаях мы будем иметь трубную беременность; чаще всего, ампулярную, затем истмическую и реже всего (около 3%) интерстициальную.

Реже встречается яичниковая беременность, еще реже — первичная брюшная беременность, при которой оплодотворение и имплантация происходят в брюшной полости. Вosse в 1933 г. собрал из литературы 32 случая несомненной первичной брюшной беременности. Нест в 1935 г. прибавил к этому числу еще свой 33-й случай. Иногда яйцо, впервые имплантировавшееся в трубе или в яичнике, будучи оттуда изгнанным вместе с оболочками, прививается вторично и развивается в любом участке брюшной полости: наступает вторичная брюшная беременность. В большинстве случаев яйцо прививается по соседству с половыми органами; но известны случаи развития яйца и на значительном отдалении от таза: на сальнике, на брыжжейке кишек и даже на печени.

Частота внематочной беременности колеблется в значительных пределах, в зависимости от характера учреждения. Клиники и больницы, обслуживающие главным образом скорую помощь, дают более высокий процент. В Воронежской клинике случаи внематочной беременности составляли в 1925 г. 3% по отношению ко всем оперированным больным, в 1930 г. —

8,2%, в 1935 г. — 15,2% и в 1936 г. — 17,4%. В среднем случаи внематочной беременности составляют 3—4% по отношению к гинекологическим стационарным больным. Диц (Кременчуг) на своем районном материале внематочную беременность наблюдал в 6% случаев. По отношению ко всем

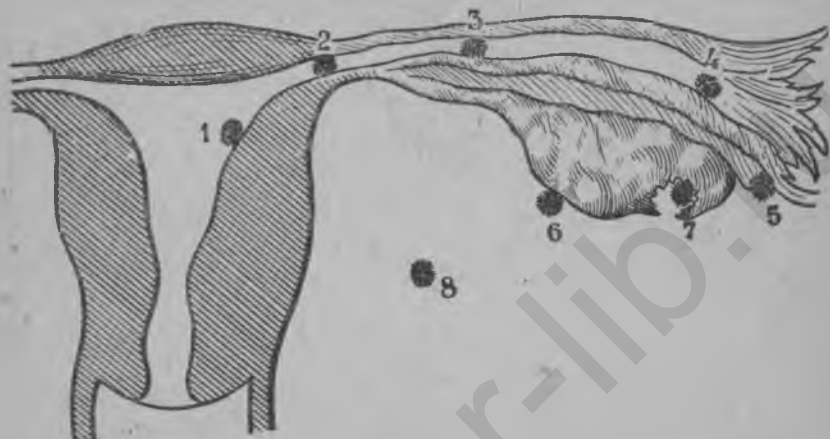


Рис. 23. Различные виды эктопической имплантации яйца. 1. Маточная беременность; 2. Интерстициальная трубная беременность; 3. Истмическая трубная беременность; 4. Ампулярная трубная беременность; 5. Фимбриальная беременность; 6—7. Яичниковая беременность; 8. Брюшная беременность.<sup>2</sup>

беременным случаи внематочной беременности составляют 0,5—0,3%.

Этиологические факторы внематочной беременности довольно многочисленны. Наиболее частой причиной являются изменения в трубах.

Как известно, передвижение оплодотворенного яйца [по трубе к матке совершается благодаря 2 факторам: мерцанию ресничек, главным образом, в ампулярной части трубы и перистальтическим движениям трубы, продвигающим яйцо, преимущественно, в истмической части трубы.

Изменения труб, задерживающие продвижение яйца, могут быть врожденными и приобретенными. При инфантилизме труб, встретившемся на воронежском материале, охватываемом 789 случаев внематочной беременности, в 13% трубы представляются удлиненными, извитыми; это может удлинить срок продвижения яйца, которое приобретет способность к имплантации, находясь еще в трубе. Кроме того, яйцо достигнув маточного отверстия, вследствие длительного передвижения может оказаться настолько увеличившимся, что не будет в состоянии проникнуть в матку. Имеет, безусловно,



значение и более слабое развитие мускулатуры инфантильных труб, вследствие чего перистальтика их нарушается и продвижение яйца задерживается. К врожденным аномалиям можно отнести наличие добавочных труб, представляющих собою обычно слепой ход с хорошо выраженными фимбриями и *ostium abdominale*. Яйцо, попадая в добавочную трубу, в матку проникнуть не может (рис. 24).

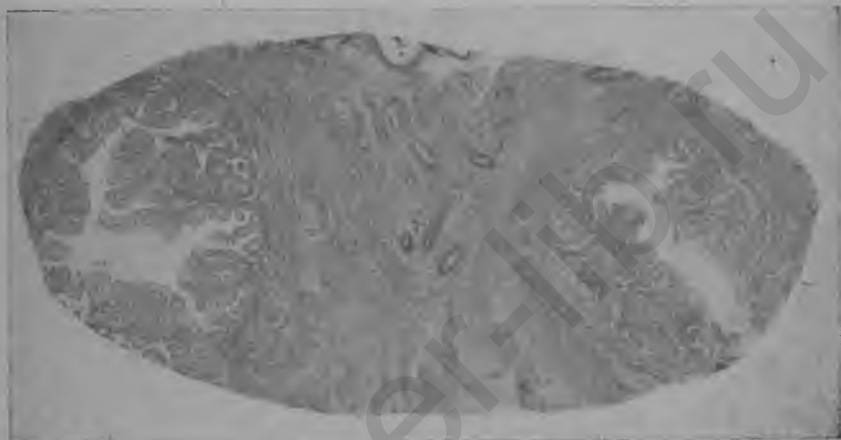


Рис. 24. Рядом с нормальной трубой лежит добавочная труба.

Большее значение имеют приобретенные изменения трубы, в первую очередь, воспалительные процессы, которые в 50% и больше ведут к трубной беременности (Черток, Клейн, Дид, Jasho и многие другие). Изменения, наблюдающиеся в трубах, при воспалении весьма многообразны. В этих случаях многие складки трубы набухают, приходят в соприкосновение друг с другом и, будучи лишены покровного эпителия, срстаются (рис. 25). Вследствие этого просвет трубы уменьшается, являясь проходным для сперматозоидов и непроходным для более крупного оплодотворенного яйца. В других случаях сросшиеся складки образуют слепой мешок, закрытый по направлению к матке. Яйцо, попав в такой дивертикул, застревает. При воспалении слизистой оболочки трубы, реснички в большинстве случаев погибают; это обстоятельство также задерживает продвижение яйца по трубе. Нередко в воспалительный процесс вовлекаются и мышечные элементы трубы, чем нарушается перистальтика ее, продвигающая яйцо в истмической части. В некоторых случаях в стенке трубы образуются небольшие абсцессы. По опорож-

нении этих абсцессов в стенке трубы остается углубление; яйцо, не обладающее собственной подвижностью, попав в такое углубление, застревает там и имплантируется. Иногда на месте абсцесса образуется рубец, суживающий просвет трубы и, следовательно, задерживающий продвигающееся яйцо. Наконец,

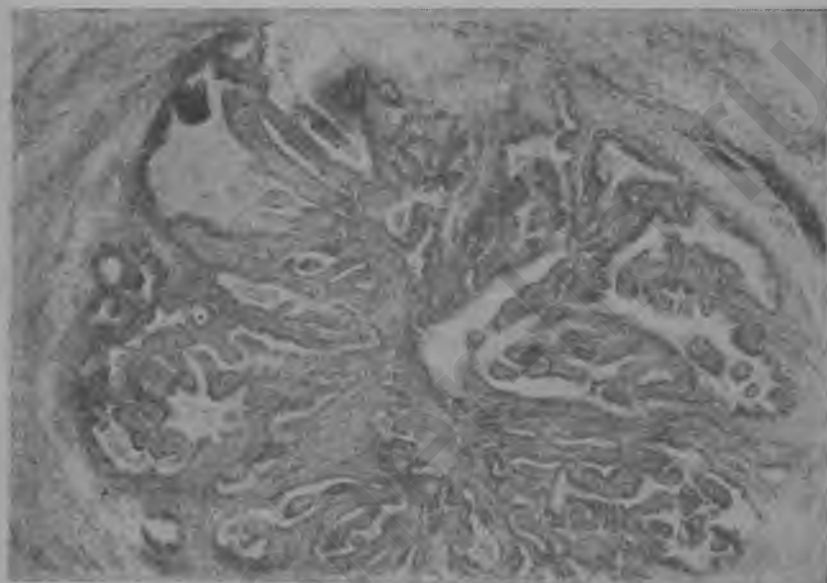


Рис. 25. Воспалительные изменения труб.

спайки могут подтянуть трубу к окружающим тканям, вызвать ее перегиб и тем самым уменьшить ее просвет.

Широко практиковавшиеся ранее внутриматочные впрыскивания иода, применявшиеся с абортивной и противозачаточной целью, играли роль фактора, способствующего ectopic имплантации яйца. Некоторые авторы объясняли это тем, что под влиянием внутриматочных впрыскиваний иода происходят антиперистальтические движения трубы, мешающие поступательному движению яйца. Если бы это предположение оказалось правильным, мы должны были бы наблюдать после внутриматочных впрыскиваний иода случаи брюшной беременности. На самом же деле этого не происходит. Механизм возникновения трубной беременности в этих случаях совсем иной. Как показали наши гистологические и рентгенографические исследования, на следующий же день после введения иода в матку в интерстициальной части трубы обра-

зуются фибринозная пробка, закрывающая выход из трубы в матку. Если впрыскивание произведено в момент нахождения в трубе яйца, последнее не в состоянии пройти в матку и оседает в трубе. При однократном впрыскивании иода ука-



Рис. 26. Эндометриодные разрастания в трубе.

занная фибринозная пробка через 5—7 дней начинает рассасываться. Но к этому времени оплодотворенное ранее яйцо уже успело приобрести способность имплантироваться и осело в трубе.

Полипозные разрастания слизистой оболочки трубы также могут уменьшить просвет ее. Эндометриодные гетеротопии в трубе, набухая во вторую половину цикла и при оплодотворении яйца, уменьшают просвет трубы, представляя к тому же вполне подходящую почву для имплантации яйца (рис. 26). Миоматозные узлы, развивающиеся по соседству с интерстициальной частью трубы, могут вследствие сдавления уменьшить просвет трубы.

При опухолях яичника труба, растягиваясь над опухолью,

значительно удлиняется и укорачивается; перистальтика вследствие этого нарушается, и продвижение яйца затрудняется. В некоторых случаях, повидимому, имеют значение гормональные расстройства и вегетативные неврозы, при которых перистальтика трубы извращается. Необходимо указать, что после вентрофиксаций при помощи круглых связок (способы Дюлери, Жиллиама, Бумма, Александер-Адамса) трубы нередко перегибаются и представляют препятствия для продвижения оплодотворенного яйца. Что касается допускаемого некоторыми авторами влияния абортов на учащение внематочной беременности, то, по нашим наблюдениям, речь может идти только об аборте, осложненном воспалительным процессом. Неосложненные аборты не играют никакой роли в этиологии внематочной беременности.

Указанным многообразием изменений в трубах и объясняется то обстоятельство, что трубная беременность встречается значительно чаще всех других видов внематочной беременности.

Изменения свойств яйца имеют гораздо меньшее значение при возникновении внематочной беременности. Некоторые авторы видят причину эктопической имплантации яйца в том, что оно приобретает способность внедряться раньше срока, в момент своего прохождения по трубе. Это мнение является предположением, не доказанным непосредственным наблюдением. Значение этиологического фактора можно признать за наружным блужданием яйца, при котором яйцо, происходящее из одного яичника, проникает в трубу противоположной стороны.

Существование этого феномена доказывается наличием желтого тела в яичнике, находящемся на стороне небеременной трубы. Возможность внутренней миграции яйца вызывает сомнения: трудно допустить, чтобы яйцо, увеличившееся в своем размере, после некоторого пребывания в полости матки, могло проникнуть через узкое маточное отверстие другой трубы в направлении, обратном нормальным перистальтическим движениям ее.

Допускаемые некоторыми авторами психогенные факторы эктопического развития яйца совершенно абстрактны и не подтверждаются никакими фактическими данными.

### **Образование плодместилища при трубной беременности.**

Яйцо, имплантируясь в трубе, вызывает в ней целый ряд изменений, связанных с образованием плодместилища. Слизистая оболочка трубы является совершенно недостаточной и неподготовленной для внедрения яйца. Поэтому

хориальные элементы яйца проникают не только в слизистую оболочку, но и в мышечные элементы трубы, которые образуют ложе для яйца. Мышечные элементы не претерпевают децидуальной реакции, и поэтому при трубной беременности *decidua basalis*, как правило, не образуется.

Непогруженная в толщу трубной стенки поверхность яйца свободно выступает в просвет трубы; она иногда покрывается настоящей *decidua capsularis*, образованной соседними частями

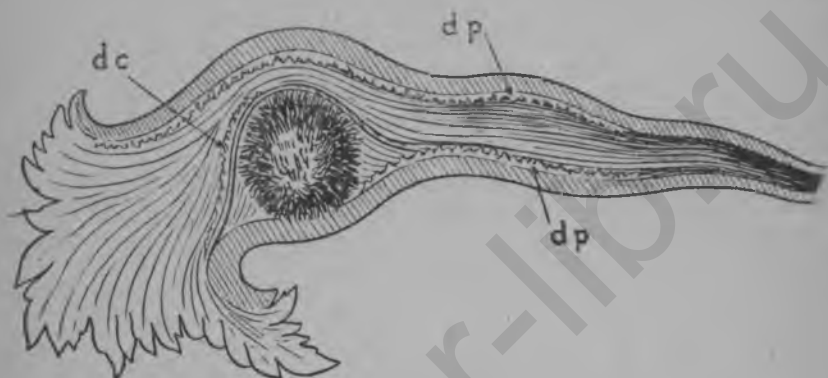


Рис. 27. Имплантация яйца в ампулярной части трубы *dc*—*decidua capsularis*; *dp*—*decidua parietalis*.

слизистой оболочки трубы (рис. 27); чаще же *decidua capsularis* не образуется; яйцо прикрывается набухшими отечными складками трубы или стенкой трубы, выбухающей в ее просвет. На остальном протяжении трубы, а иногда и в противоположной трубе, ясна децидуальная реакция слизистой, которая как бы превращается в *decidua parietalis* (рис. 28). При локализации яйца в истмической и интерстициальной частях трубы свободный полюс яйца, достигая противоположной стенки трубы, обычно с ней срастается.

В плодовместилище, образованном трубой, можно различать 2 отдела: наружный отдел, представляемый стенками трубы, и внутренний отдел, представляемый своеобразной *decidua capsularis*.

### Течение внематочной беременности.

Анатомическое строение трубы исключает возможность развития из нее плодовместилища для поздних сроков беременности. В подавляющем большинстве случаев трубная беременность нарушается на 2, 3-м и реже на 4-м мес. беременности.

Время прерывания беременности находится в некоторой зависимости от ее локализации. Чем ближе к матке имплантировалось яйцо, тем раньше наступает его изгнание из трубы. При развитии яйца в ампулярной части обычным исходом является т р у б н ы й а б о р т; на нашем материале в 789 случаях

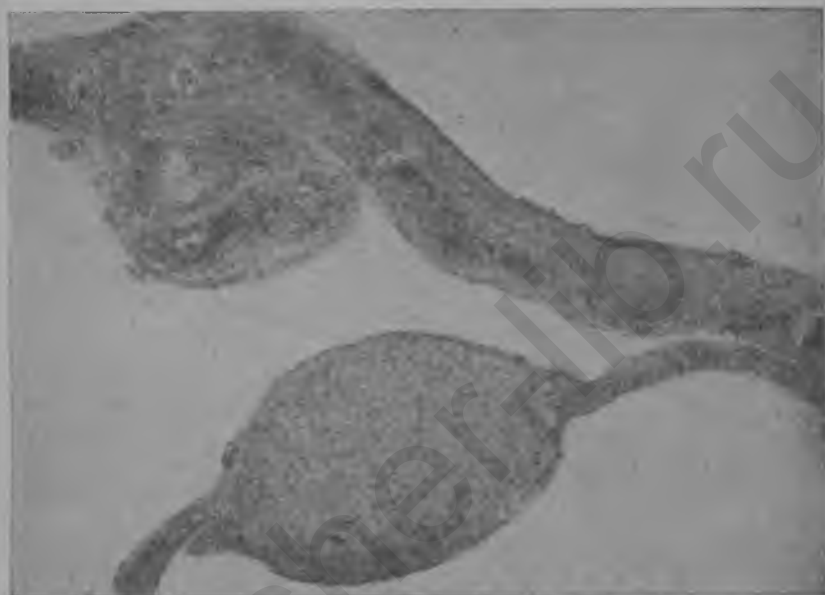


Рис. 28. Децидуальная оболочка в трубе.

трубный аборт имел место в 269 случаях (34,4%). Под влиянием растущего яйца или кровоизлияний в его полость ткани, образующие *dec. capsularis*, растягиваются и, в конце концов, разрываются — происходит, как говорят, внутренний разрыв плодовместилища (рис. 29). Отделению яйца могут способствовать и сокращения трубы. Отделившееся яйцо может сразу выйти из трубы; в этих случаях оно обычно падает в задний дугласов карман — происходит полный трубный аборт. Вместе с яйцом из трубы выделяется более или менее значительное количество крови; источником последней являются разорвавшиеся сосуды, развившиеся между стенкой трубы и плодовместилищем. Вокруг крови, скопившейся в заднем „дугласе“, в скором времени образуются фибриновые наслоения, ограничивающие задний дугласов карман от брюшной полости. Обычно петли тонких кишек и ободочная кишка срастаются с

фабринозной капсулой. Таким образом, над заматочной кровяной опухолью — *haematocele retrouterina* — образуется солидная покрывка (рис. 30). В других случаях происходит частичное отделение яйца; плод выпадает из трубы, оболочки остаются — происходит неполный трубный аборт. Вследствие частичного отделения оболочек кровотечение может быть длительным; нередко начавшееся кровотечение прекращается, но не надолго. При дальнейшей отслойке хориона кровотечение может возобновляться несколько раз.

В третьих случаях отделившееся яйцо не выходит из трубы, а остается в ней или выходит наполовину из *ostium*

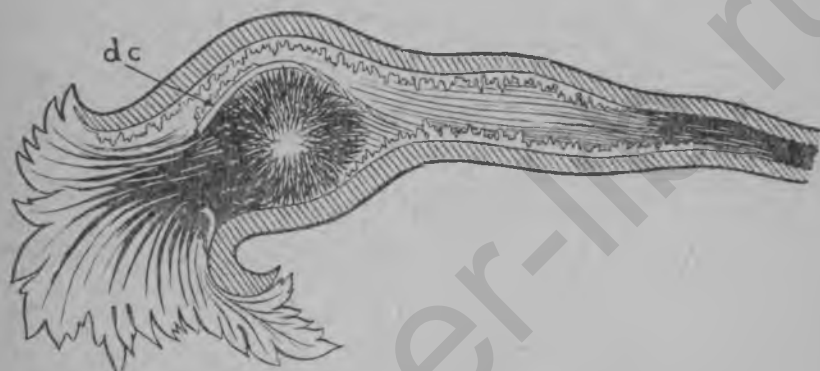


Рис. 29. Трубный аборт. (Внутренний разрыв плодместилища);  
dc—разорвавшаяся decidua capsularis.

*abdominale*. Яйцо пропитывается кровью. Кровь, вследствие закупорки *ostium abdominale*, может скопиться в трубе, образуя *haematosalpinx* (рис. 31). Кровь может скопиться и около трубы и в дальнейшем, организуясь, образует *haematocele peritubaria* — околотрубную кровяную опухоль. Через некоторое время под влиянием трубных сокращений яйцо нередко все же изгоняется из трубы. Этот момент может сопровождаться кровотечением.

В очень редких случаях ненарушенное яйцо, выделившееся целиком из трубы, попадая в брюшную полость, может там имплантироваться. Между яйцом и подлежащей тканью образуются сосуды, и яйцо может продолжать свое развитие до нормального срока — наступает вторичная брюшная беременность. Имплантация яйца может происходить в любом отделе брюшной полости. Известны случаи оседания яйца не только в области половых органов, в малом тазу, но и на кишках, и даже на печени.

В очень редких случаях яйцо, имплантируясь в ампулярной части трубы, может достичь в ней нормального развития — наступает доношенная трубная беременность.

Исходом развития яйца в истмической и интерстициальной части чаще всего является разрыв трубы, встретившийся

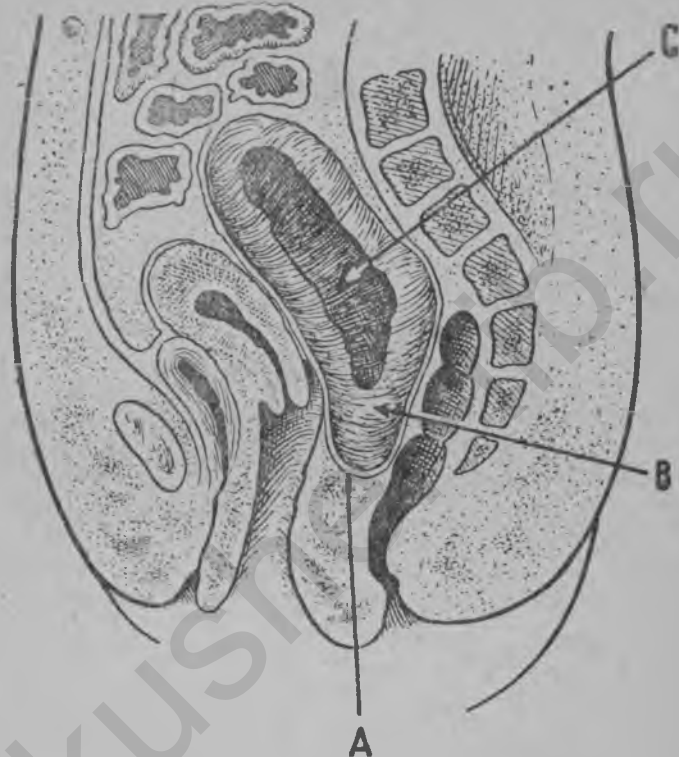


Рис. 30. Замочная кровяная опухоль. А—брюшина заднего „дугласа“. В—фибринозные наслоения. С—кровь.

на нашем материале в 450 случаях (57%). Разрыв происходит под влиянием 2 моментов. С одной стороны, растущее яйцо механически растягивает стенку трубы, ее мышечные элементы раздвигаются, и она истончается; с другой стороны, элементы хориона, не находя в слизистой оболочке достаточного субстрата для своего развития, проникают и в мышечную стенку трубы, способствуя ее истончению. Мышечные и соединительнотканые элементы трубы перерождаются, некротизируются, пронизываются кровоизлияниями, вследствие разъедания стенок сосудов. Под влиянием этих факторов стенка трубы



нарушается, и происходит, как говорят, наружный разрыв плодместилища (рис. 32). Яйцо может выйти сразу целиком из трубы через образовавшееся отверстие. В других случаях отделившееся от своего ложа плодное яйцо, попадая в отверстие, образовавшееся от разрыва, как бы закупоривает его.



Рис. 31. Неполный трубный аборт.



Рис. 32. Разрыв трубы (наружный разрыв плодместилища).

В дальнейшем, отделившееся яйцо проскальзывает через образовавшееся отверстие и попадает в брюшную полость.

Разрыв трубы сопровождается значительным кровотечением, как правило, более обильным, чем при трубном аборте. Если в разрыв вовлекается сосуд большего калибра, кровотечение может достичь 2 л и больше и в короткое время привести больную к смерти. Кровь, изливающаяся в брюшную полость, долгое время остается в жидком состоянии. Этому обстоятельству, повидимому, способствует тот факт, что

брюшная полость, подобно просвету сосудов, выстлана эндотелием. До тех пор, пока эндотелий не нарушен, кровь не сворачивается. При наличии значительного повреждения трубы, кровь, приходя в соприкосновение с участком, лишенным эндотелия, образует сгусток, вокруг которого идут дальнейшие наслоения. Поэтому нередко среди большого количества жидкой крови можно встретить и отдельные сгустки. Имеются наблюдения, несколько иначе объясняющие жидкое состояние крови, попавшей в брюшную полость. Израэль и Герцфельд констатировали отсутствие в этой крови фибриногена при нормальном содержании тромбина. Они полагают, что первоначально кровь сворачивается в брюшной полости; затем в дальнейшем из нее пропотевает сыворотка; последняя принимает вид жидкой крови вследствие примеси к ней вышедших из кровяного сгертка эритроцитов.



Рис. 33. Разрыв нижней стенки трубы и образование межсвязочной гематомы.

Таким образом, эта кровь состоит из лишенной фибрина сыворотки с примесью эритроцитов.

Значительная часть крови, попавшей в брюшную полость, сравнительно быстро всасывается серозным покровом. Невсосавшаяся часть крови остается в заднем дугласовом кармане, образуя в дальнейшем заматочную кровяную опухоль, описанную несколько выше.

Иногда разрывается нижняя стенка трубы, не покрытая серозным покровом; тогда кровь и плодное яйцо попадают меж листками широкой связки, образуя интралигаментарную гематому (рис. 33). Последняя может быть настолько значительной, что отслаивает серозный покров задней стенки живота и поднимается высоко, достигая в редких случаях даже уровня почки.

Исходом беременности, развивающейся в интерстициальной части трубы, большею частью является наружный разрыв плодовместилища. В очень редких случаях при имплантации яйца вблизи маточного отверстия трубы последнее может расширяться под влиянием растущего яйца; благодаря этому и угол матки вовлекается в образование плодовместилища, и яйцо может целиком очутиться в полости матки.

Для возникновения яичниковой беременности имеются две возможности. В одних случаях яйцо при лопании граафова пузырька не выходит из него; оплодотворение яйца совершается в граафовом пузырьке, — образуется внутрияичниковая беременность — *graviditas intraovarialis*. В других случаях яйцо, оплодотворенное вне яичника, попадает на поверхность последнего и там имплантируется — *graviditas epiovarialis* (рис. 23). Ложем для яйца служит яичниковая ткань, представляющаяся в первое время лучшим субстратом для развития яйца, чем слизистая оболочка трубы; но в дальнейшем обычно происходит отделение имплантировавшегося в яичнике плодного яйца, сопровождающееся явлениями, изложенными при описании трубного выкидыша.

### Симптомы и диагностика.

С точки зрения симптоматологии и диагностики мы считаем уместным различать следующие клинические формы внематочной беременности.

Прогрессирующую внематочную беременность первых месяцев удается диагностировать лишь в очень редких случаях. Субъективные явления, свойственные первым месяцам беременности (тошнота, рвота, слюнотечение, головокружение, чувство нагрубания груди) бывают обычно слабо выражены при эктопической имплантации яйца. Более или менее длительная аменоррея отмечается в большинстве случаев — на нашем материале в 82,5%. Иногда же аменоррея остается для больных незамеченной, вследствие рано появляющихся кровянистых выделений. В отличие от маточной беременности больные отмечают иногда тупые или схваткообразные односторонние боли на месте беременной трубы. Пигментация лица, белой линии, околососковых кружков недостаточно интенсивна. В некоторых случаях можно констатировать нагрубание груди, увеличение монгомеровых желез, появление молозива.

Наружные половые органы несколько отечны, цианотичны, но обычно в меньшей степени, чем при маточной беременности соответствующих сроков. Шейка в большинстве случаев представляется несколько цианотичной и разрыхленной. Матка оказывается увеличенной, мягковатой; но, в подавляющем большинстве случаев, матка сохраняет грушевидную форму, в противовес шаровидной — при маточной беременности; симптом Пискачевка (однорогость матки), как правило, отсутствует. Величина матки обычно меньше ее величины при маточной беременности соответствующего срока. Во многих случаях, к сожалению, не всегда определяется с одной сто-

роны увеличенная, тестоватой консистенции, труба. Прощупывание увеличенной трубы при истмической беременности не всегда возможно: утолщение трубы в этих случаях незначительно, консистенция ее сходна с консистенцией окружающих тканей и не дает определенного пальпаторного ощущения. При ампулярной беременности труба представляется вздутой; в отличие от воспалительной опухоли трубы, это

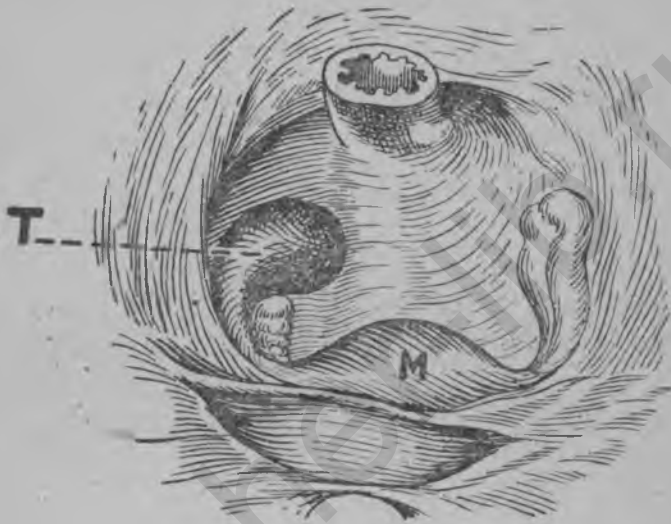


Рис. 34. Ампулярная трубная беременность; истмическая часть не изменена. М — матка, Т — беременная труба.

вздутие локализуется в конце трубы и кажется не связанным с маткой из-за отсутствия утолщения в истмической части (рис. 34).

Таким образом, целый ряд явлений (некоторые субъективные ощущения, аменоррея, изменения грудей, цианоз и разрыхленность половых органов, увеличение и размягчение матки) дает во многих случаях основание установить наличие беременности вообще. Описанные выше отличительные признаки (грушевидная форма матки, незначительное ее увеличение, односторонние боли, одностороннее увеличение придатков) дадут основание говорить о внематочном развитии яйца. Реакция Цондек-Ашгейма при прогрессирующей внематочной беременности оказывается положительной.

В диагностическом отношении известное затруднение представляют комбинации маточной беременности и кистоз-

ной опухоли яичника или трубы. При маточной беременности будут налицо указанные изменения матки, появляющиеся при имплантации в ней яйца; при повторном наблюдении матка оказывается еще более увеличенной, а опухоль придатков мало изменившейся. При внематочной беременности, развивающейся приблизительно в 10% случаев, вследствие деформации трубы опухоль яичника, матка, как указывалось, будет отличаться от беременной матки своей грушевидной формой и меньшей величиной; при повторном осмотре матка оказывается мало увеличенной, а опухоль придатков, наоборот, значительно увеличившейся.

Наконец, развитие беременности в интерстициальной части трубы может симулировать симптом Пискачюка (однорогость). О внематочной беременности будут свидетельствовать грушевидная форма матки, отхождение круглой связки кнутри от выпячивания, в отличие отхождения ее кнаружи от выпячивания при маточной беременности.

При неуверенности в диагнозе прогрессирующей трубной беременности следует назначить больной покой и повторный, иногда неоднократный осмотр. Для такого наблюдения целесообразнее всего поместить больную в стационар. Если это невозможно в данный момент, необходимо предупредить больную и ее родных о том, что при появлении резких болей, полуобморочного или обморочного состояний, ее необходимо немедленно везти в лечебное учреждение. Бимануальное исследование должно производиться мягко, с большой осторожностью, чтобы не вызвать отделения яйца и разрыва трубы и внутрибрюшного кровоизлияния.

Свеже нарушившаяся внематочная беременность. Нарушение внематочной беременности может наступить либо после бимануального обследования, либо после физического напряжения, после сношения, либо среди полного здоровья, без всякой внешней причины.

Нарушение внематочной беременности, сопровождающееся полной или частичной отслойкой яйца, обычно проявляется определенными симптомами. Последние слагаются из явлений перитонеального шока и острой анемии при больших кровопотерях. В характерных случаях у больной появляются внезапные острые боли. Эти боли — режущего или схваткообразного характера, встретившиеся на нашем материале в 56,1%, — редко локализуются на одной стороне. Чаще они носят разлитой характер и особенно интенсивны в нижней части живота; может появиться тошнота и даже рвота (23%); в некоторых случаях наблюдаются боли в плече (18,2%), чаще справа, чем слева, чувство напирания на прямую кишку. При значительных кровопотерях на первый план выступают явления ане-

мии: головокружение (41%), полуобморочное или обморочное состояние, холодный пот, резкое побледнение, мелькание в глазах, недостаток воздуха из-за кислородного голодания. Описываемые симптомы не во всех случаях бывают одинаково интенсивны и не всегда встречаются в своей совокупности. Иногда при трубном аборте имеются лишь незначительное головокружение, слабые боли; в других же случаях превалируют боли.

Исследуя такую больную в момент описанного инсульта или в ближайшие часы после него, обнаруживают следующее. Пульс част, слабого или среднего наполнения — в зависимости от размеров кровопотери; температура нормальна или субнормальна и лишь в исключительных случаях повышена. Кожа и слизистые оболочки бледны. Язык влажен. Дыхание ограничено, брюшное; больная в большинстве случаев щадит нижнюю часть живота. Однако иногда и при больших кровопотерях тип дыхания может оставаться брюшным. В очень редких случаях обращает на себя внимание зеленовато-синяя окраска пупка — симптом Куллен-Геллендаля-Соловьева. При пальпации живот напряжен, особенно с одной стороны, ниже пупка, симптом Блюмберга обычно положителен. При значительных кровопотерях, при наличии в брюшной полости большого количества крови, в отлогах местах звук при перкуссии — тупой; зона тупого звука незначительно и медленно перемещается с переменой положения больной; флюктуации обычно нет. Кишечная перистальтика, определяемая аускультацией, как правило, сохраняется; она может быть лишь несколько ослабленной.

Бимануальное исследование во многих случаях дает мало данных; шейка несколько размягчена; обращает на себя внимание большая ее подвижность и значительная болезненность при этом. Из-за напряжения брюшного пресса пальпация матки затруднена. Если удастся ее пальпировать, она представляется несколько увеличенной, размягченной, грушевидной формы, очень подвижной, как бы плавающей в жидкости. При значительном напряжении брюшного пресса придатки также не пальпируются. Обращает на себя внимание некоторая пастозность, болезненность и уплощение сводов. Даже при незначительном напряжении брюшного пресса придатки не всегда определяются; при разрыве трубы или при полном трубном аборте труба опорожняется от своего содержимого и может не дать никаких пальпаторных ощущений. При неполном трубном аборте ампулярный конец вздувается скопившейся кровью и застрявшим в нем яйцом; консистенция трубы в этих случаях представляется мягкой, как бы тестоватой.

Наступлению инсульта предшествует или непосредственно

за ним следует появление незначительных, обычно кровянистых, выделений из матки после более или менее длительной аменореи. Появление этих выделений происходит вследствие отделения от стенок матки децидуальной оболочки, образующейся в матке и при эктопической имплантации яйца; иногда вместе с кровью выходит из полости матки и указанная оболочка по частям или целиком в виде треугольной пленки.

Реакция оседания несколько ускорена, число лейкоцитов нормально или даже понижено. Лейкоцитарная формула мало изменена; количество гемоглобина и число эритроцитов при больших кровопотерях понижено.

Некоторые симптомы, наблюдающиеся при свежес нарушенной внематочной беременности, могут дать иногда повод подумать и о других причинах: о перитоните, об остром воспалении придатков и тазовой брюшины, о перекрученной кисте и т. д. В некоторых случаях, наоборот, перечисленные заболевания принимаются за внематочную беременность.

Необходимо принять во внимание, что при перечисленных заболеваниях отсутствуют субъективные ощущения беременности, отсутствует аменорея. При прободном перитоните в анамнезе имеются указания на приступы аппендицита, заболевание язвой желудка или кишок; температура в этих случаях повышена, число лейкоцитов значительно увеличено при неизменной красной крови; перистальтика отсутствует, язык сухой; нередко тошнота и рвота. Бимануальное исследование из-за напряженного брюшного пресса затруднено; цианоза нет, шейка не размягчена; матка, если ее удастся контурировать, не увеличена и не размягчена.

При остром воспалении придатков и тазовой брюшины также отсутствуют явления беременности и аменорея. Заболевание в большинстве случаев начинается непосредственно после менструации или посреди менструального цикла — во время овуляции. Заболевание начинается с резких болей; явления внутреннего кровотечения отсутствуют, температура повышена, язык сухой; резко выражено напряжение живота, особенно внизу; реакция оседания значительно ускорена, число лейкоцитов обычно превышает норму. При гинекологическом исследовании цианоза и размягчения не обнаруживают; шейка не размягчена, матка не увеличена, движения ее резко болезненны; своды напряжены и резко болезненны. При воспалении, длящемся несколько дней, определяется выпот в заднем своде и увеличенные, болезненные, плотной или эластической консистенции, придатки с одной или с обеих сторон.

При наличии перекрученной кисты последняя определяется пальпаторно, а при резком напряжении живота —

перкуторно в виде опухоли круглой или продолговато-круглой формы, расположенной в брюшной полости. Признаки беременности отсутствуют.

В сомнительных случаях очень ценным диагностическим признаком является пункция заднего свода. Будучи правиль-

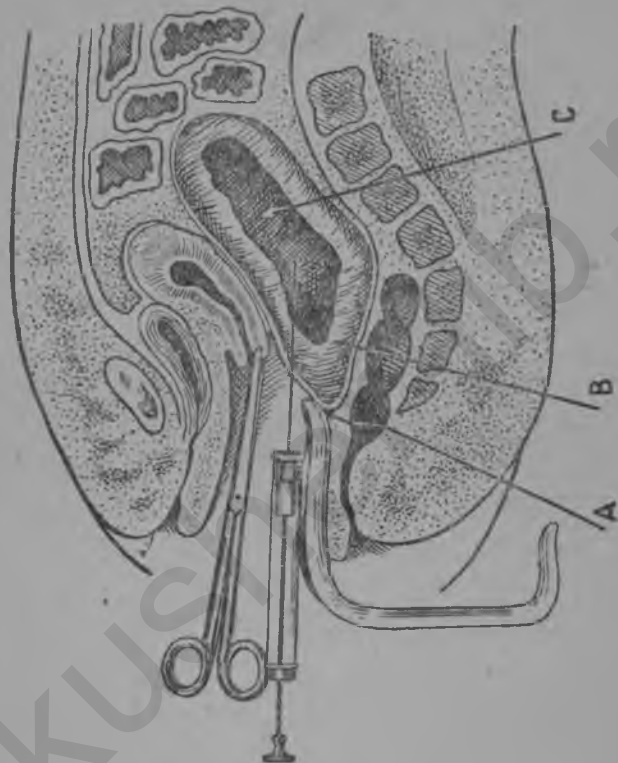


Рис. 35. Пункция заднего свода. А -- задний свод влагалища, В — фибриновые отложения, С — кровь.

но произведенной, она безопасна для больной и в подавляющем большинстве случаев дает полную возможность выяснить характер жидкости, скопившейся в брюшной полости. Высказываемые некоторыми авторами опасения о возможности ранения кишечника при пункции совершенно не обоснованы; на несколько сотен пункций мы лишь в одном случае наблюдали попадание иглы в толстую кишку. Речь шла о старой внематочной беременности нескольких недель давности, где S. gestatum была смещена и фиксирована в заднем „дугласе“.



Этот случай после пункции протекал без всяких осложнений.

Опасение внести при этом инфекцию также не обосновано, если пункция производится при строжайшем соблюдении асептики. Оперируя непосредственно после произведенной пункции и удаляя из брюшной полости кровь, мы устраняем опасность размножения микробов, если бы они даже и были занесены при пункции. Наконец, на большом клиническом материале нами установлено, что послеоперационное течение в случаях, когда производилась пункция, нисколько не хуже случаев, проведенных без пункции.

Кровоизлияние в брюшную полость может в редких случаях наступить и при лопании фолликула; в этих случаях отсутствуют признаки беременности; картина внутреннего кровоизлияния совпадает с моментом овуляции на 7—19-й день менструального цикла. Эти кровотечения иногда могут быть настолько значительными, что также требуют оперативного вмешательства.

Пункция производится следующим образом (рис. 35). Дезинфекция наружных половых органов, спринцевание влагалища; шейка обнажается ложкообразными зеркалами, дезинфицируется спиртом и иодом. Задняя губа захватывается пулевыми щипцами; переднее зеркало извлекается; шейка слегка подтягивается кверху, заднее зеркало оттесняется книзу, благодаря чему задний влагалищный свод хорошо вырисовывается на некотором протяжении; он дезинфицируется спиртом и иодом. Пункция производится 5—10-граммовым шприцем, снабженным длинной иглой в 20—25 см. Поршень шприца несколько не доходит до основания, так что между поршнем и иглой имеется некоторое свободное пространство; игла вкладывается в задний свод по средней линии, параллельно задней стенке матки. При направлении иглы спереди назад возможно попадание в прямую кишку, при направлении иглы сзади наперед возможно попадание иглы в стенку матки и насасывание крови из нее. При направлении же иглы параллельно маточной стенке, игла попадает в задний „дуглас“. После прохождения стенки влагалища игла медленно проводится вверх в указанном направлении на глубину 5—7 см. При продвижении иглы необходимо следить за шприцем. При попадании иглы в полость, содержащую кровь, последняя обычно появляется в шприце в пространстве, образованном между поршнем и иглой. Потягивая в этот момент поршень, насасывают в шприц 2—5 см<sup>3</sup> крови. Если кровь при продвижении иглы в шприце не покажется, иглу продвигают дальше — на указанную глубину, после чего медленно ее выводят, все время потягивая поршень шприца и наблюдая за

появлением в нем крови. Если кровь не появляется, уколы повторяются 2—3 раза, причем уколы делаются несколько вправо и влево от средней линии.

Кровь, добытая при пункции, достаточно характерна, обнаруживая свойства крови, давно вышедшей из сосудов. Она темного цвета, не пенится, не сворачивается, оставаясь жидкой и при продолжительном стоянии; иногда в ней находятся небольшие сгусточки, проходящие через иглу; они легко обнаруживаются при опорожнении содержимого шприца на небольшую марлевую салфетку. Характерна картина, получаемая под микроскопом (рис. 36). Небольшая капля крови переносится на предметное стекло, покрывается покровным стеклом и рассматривается под микроскопом (малое или среднее увеличение). Удобнее всего рассматривать по краям покровного стекла, где имеется наименьшее скопление эритроцитов. Последние лежат в большинстве своем изолированно, не собираясь в монетные столбики; двоякая преломляемость, обнаруживаемая в нормальных эритроцитах при игре микрометрического винта, отсутствует; многие эритроциты представляются в виде кружков, более темных в центре и более бледных по краям; многие эритроциты изменены, представляя собою шары, как бы усеянные шипами. В редких случаях, при свежем кровоизлиянии, наряду с такими эритроцитами, могут попадаться и скопления в виде монетных столбиков. Иногда встречаются единичные лейкоциты. Описанные свойства настолько характерны, что сразу дают возможность исключить насасывание свежей крови, возможное при попадании иглы в стенку матки или в какой-либо сосуд.

Давно нарушенная внематочная беременность первых месяцев. В анамнезе имеются описанные выше субъективные ощущения беременности; в большинстве случаев больные отмечают более или менее длительную (иногда всего лишь в несколько дней) задержку месячных, сменившуюся (68,6%) непрекращающимися кровянистыми выделениями, предшествовавшими инсульту или появившимися непосредственно после него. Вместе с кровью может выйти, частями или целиком, децидуальная оболочка. Как уже указывалось, наличие аменореи может быть затушевано появлением кровянистых выделений за несколько дней до ожидае-

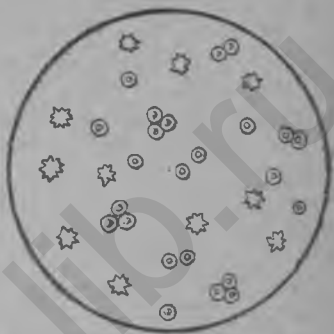


Рис. 36. Старая кровь под микроскопом.

мых менструаций. Тупые односторонние боли могли иметь место еще до первого инсульта. Нередко у больной бывает несколько описанных выше припадков различной интенсивности с разными промежутками времени. Необходимо помнить, что припадки иногда могут быть очень слабо выраженными.

Склеры в этих случаях иногда представляются несколько желтушными, вследствие всасывания красящего вещества распадающихся эритроцитов, вышедших в брюшную полость; груди могут быть несколько увеличенными с хорошо выраженной дольчатостью; иногда удается обнаружить в них молозиво. Необходимо при этом помнить, что у некоторых женщин, беременевших в предыдущем, выделение молозива сохраняется и в дальнейшем, даже без наличия беременности.

При обследовании брюшной полости получаются не во всех случаях одинаковые данные — в зависимости от давности последнего инсульта. Явления раздражения брюшины будут резче выражены в сравнительно свежих случаях, чем в тех, где после инсульта прошел более или менее значительный промежуток времени. При наличии большой кровяной опухоли, верхняя граница ее определяется и через брюшные покровы по средней линии или несколько в сторону. Эта опухоль иногда достигает значительных размеров и может доходить до пупка.

Наружные половые органы несколько разрыхлены и цианотичны; шейка несколько размягчена; матка во многих случаях (в 50,3% на нашем материале) оказывается все же увеличенной, грушевидной формы и мягковатой. Положение матки зависит от локализации кровяной опухоли; при заматочном ее расположении матка смещена кпереди и несколько приподнята; при околотрубной кровяной опухоли, располагающейся с одной стороны, матка смещена обычно в противоположную сторону. В тех редких случаях, когда кровяная опухоль располагается в переднем дугласовом кармане — спереди от матки, последняя смещается кзади, переходя нередко в ретроверсию. При haematocoele retrouterina через задний свод прощупывается разной величины опухоль, неравномерной консистенции — местами плотноватой, местами мягковатой, как бы тесноватой, в отличие от воспалительного экссудата. Нижняя поверхность опухоли обычно округла, иногда бугриста с отдельными выпячиваниями; стенка влагалища подвижна над опухолью. При haematocoele peritubaria в одном из боковых сводов и в прилегающей части заднего свода определяется опухоль, имеющая только что описанные особенности; опухоль до стенок таза не доходит и с ними не сливается. При трубном аборте, когда яйцо не выходит из трубы, сбоку от матки,

по верхнему краю широкой связки, прощупывается тестоватой консистенции опухоль, от грецкого ореха до кулака величиной, соединенная с маткой тонкой ножкой (истмическая часть трубы), иногда не прощупываемой (рис. 37).

Температура при давно нарушенной внематочной бере-



Рис. 37. Haematocoele peritubaria (вид сзади).

менности обычно не повышена или мало повышена (37,2—37,5°); более высокая температура с большими колебаниями в течение дня свидетельствует об инфицировании кровяной опухоли; микробы обычно проникают из кишечника, частично сросшегося с кровяной опухолью.

Реакция оседания несколько ускорена, лейкоцитоз в подавляющем большинстве случаев не превышает нормальных цифр РОЭ до 20 мм в час наблюдалась на нашем материале в 75,4%, от 20 до 40 мм в 15,4% и свыше 40 мм — 9,2%. Лейкоцитоз до 8 тысяч наблюдался в 79,7%, от 8 до 10 тыс. в 7,1% и свыше 10 тыс. в 13,2%. Резко повышенный лейкоцитоз должен вызвать подозрение на инфицирование кровяной опухоли. Реакция Цондек-А шгейма при прервавшейся внематочной беременности непригодна; при введении инфантильным мышам мочи такой больной можно получить лишь созревание фолликулов (1-я степень реакции), не характерное для беременности.

Нарушенную внематочную беременность нередко смешивают с неполным маточным выкидышем или воспалительным

процессом придатков. С выкидышем иногда смешивают и свежее нарушенную внематочную беременность. При маточном выкидыше субъективные ощущения беременности резко выражены; явления инсульта, наблюдающиеся в большей или меньшей степени при нарушении внематочной беременности, при аборте отсутствуют; боли мало выражены и носят схваткообразный характер. Выделение крови из половых органов более значительно, чем при внематочной беременности, кровь иногда выделяется в виде сгустков; вместе с кровью иногда удаляются и оболочки плода; в отличие от decidua, отходящей при внематочной беременности, эти оболочки содержат ворсинки; последние могут быть обнаружены при помещении оболочки в воду: благодаря расправлению ворсинок в воде оболочка представляется мохнатой. При бимануальном исследовании шейка оказывается укороченной, раскрытой, матка увеличена, размягчена, круглой формы, в отличие от грушевидной формы, наблюдающейся при внематочной беременности; иногда матка сокращается под руками; своды обычно свободны.

Отличительные признаки воспалительного процесса органов малого таза были изложены несколько выше при рассмотрении дифференциальной диагностики свежее нарушенной внематочной беременности.

В затруднительных для диагноза случаях больная оставляется для наблюдения. При повторном осмотре обычно получается более ясная картина. Быстрый рост опухоли, выполняющей одну половину заднего „дугласа“, захождение этой опухоли за среднюю линию, ее тестоватость говорят больше в пользу внематочной беременности; появление опухоли с другой стороны, плотная или эластическая консистенция чаще наблюдаются при воспалительных процессах. Однако двустороннее увеличение придатков может наблюдаться и при внематочной беременности; другая труба оказывается увеличенной либо из-за наличия в ней воспалительных изменений, либо вследствие образования в ней гематосальпинкса (в 3—5%); в очень редких случаях беременность наблюдается в обеих трубах.

Пункция заднего свода и в этих случаях оказывается очень ценной. Пунктировать следует непосредственно те участки маточной опухоли, которые представляются более мягкими.

Прогрессирующая внематочная беременность второй половины отличается по своему течению от нормальной беременности таких же сроков. Внематочная беременность второй половины всегда сопровождается ощущениями боли. В анамнезе почти всегда имеются указания

на перенесенный на 2—3-м месяце инсульт, не всегда одинаково выраженный. Движения плода при брюшной беременности всегда болезненны; при прогрессировании беременности в трубе движения менее болезненны. При бимануальном исследовании несколько увеличенная матка определяется отдельно, смещена в сторону, вперед или назад, в зависимости от расположения плодместилища. Части плода прощупываются яснее, чем при маточной беременности, особенно отчетливо они прощупываются при брюшной беременности. При трубной беременности стенка трубы, в отличие от брюшной беременности, может сокращаться под руками при ее раздражении; в последнем случае плодместилище не имеет мышечных элементов и не сокращается под руками. К концу беременности обычно появляется „родовая деятельность“ благодаря сокращениям матки, способствующим отделению децидуальной оболочки; иногда наблюдаются сокращения и беременной трубы. Во многих случаях цервикальный канал несколько раскрывается.

При давно нарушенной внематочной беременности поздних сроков к описанным только что анамнестическим данным присоединяются еще следующие симптомы. У больной к моменту окончания срока беременности или незадолго до него появились незначительные схваткообразные боли, кровянистые выделения; у нее создалось впечатление о наступлении родовой деятельности. Вскоре, однако, эти явления прекратились, шевеление плода исчезло, исчезли субъективные явления беременности, груди стали опадать, живот стал постепенно уменьшаться, и через некоторое время могли даже появиться нормальные, регулярные менструации.

При исследовании матка контурируется отдельно, а в брюшной полости определяется опухоль неясных контуров; в первое время части плода прощупываются отчетливо; в дальнейшем, вследствие всасывания околоплодных вод и некоторой мумификации плода, пальпаторные данные менее отчетливы. В затруднительных случаях рентгенография разъясняет сомнения о наличии плода.

Плод может оставаться в брюшной полости или в трубе в течение многих месяцев, а иногда и лет (56 лет — Sappey, 40 лет — Weatherhead, 27 лет — Weibel). Части плода пропитываются солями кальция, он обызвествляется, превращаясь в окаменелый плод (Lithopaedion); в других случаях обызвествляется плодное яйцо целиком; образуется окаменелое плодное яйцо (Lithokebyrhopaedion); в третьих случаях обызвествляется только плодный мешок (Lithokebyrphos). Иногда из кишечника инфекция проникает в плодместилище — на-

стугает нагноение; плодный мешок в этих случаях может вскрыться в брюшную полость, вызывая перитонит; нередко опорожнение плодного мешка происходит через переднюю брюшную стенку, кишечник или пузырь; скелет плода распадается, кости его выделяются по одиночке через образовавшееся отверстие в течение очень долгого времени.

### Лечение внематочной беременности.

Лечение внематочной беременности во всех стадиях — оперативное. Несколько слов следует сказать о выборе момента для операции. Прогрессирующую внематочную беременность следует оперировать как только точно установлен ее диагноз. Предложение некоторых авторов выжидать в этих случаях возможного развития беременности до нормального срока нам представляется нецелесообразным. Во-первых, случаи донашивания беременности до срока чрезвычайно редки; во-вторых, плод в большинстве случаев представляет целый ряд физических дефектов; в-третьих, наступающее, как правило, нарушение беременности, сопровождающееся кровопотерей, представляется опасным для больной, и несомненно лучше своевременно ее оперировать, предотвратив наступление инсульта.

При свежее нарушенной внематочной беременности, в состоянии инсульта, мы поступаем различно. Если инсульт резко выражен и больная обескровлена — оперируем немедленно. Надо помнить, что в таких случаях промедление в несколько минут может стоить жизни больной. Если же инсульт не резко выражен, больная начинает после него оправляться — оперируем по прошествии суток. Так как инсульт во многом вызван явлениями шока, то нецелесообразно немедленно вскрывать брюшную полость и тем самым усиливать явления шока; по прошествии суток больная обычно оправляется, и вскрытие брюшной полости для нее является менее опасным, чем в момент инсульта. Ждать дольше суток также нецелесообразно из-за возможности повторения инсульта, а, следовательно, и дальнейшей кровопотери и из-за возможности организации кровяной опухоли и образования спаек, несколько осложняющих операцию.

При давно нарушенной внематочной беременности операция показана как только твердо установлен диагноз. Дальнейшее выжидание может повести к новым инсультам, организации спаек и, затем, к инфицированию плодовместилища. Лишь в редких случаях haematocoele может рассосаться; процесс этот, однако, очень длителен.

При прогрессирующей или свежее нарушенной внематоч-

ной беременности операция затруднений не представляет. Брюшная полость вскрывается парамедиальным разрезом или разрезом по Пфанненштилю. При наличии свободной крови в брюшной полости прежде всего необходимо прекратить кровотечение из трубы. С этой целью рука оператора сразу

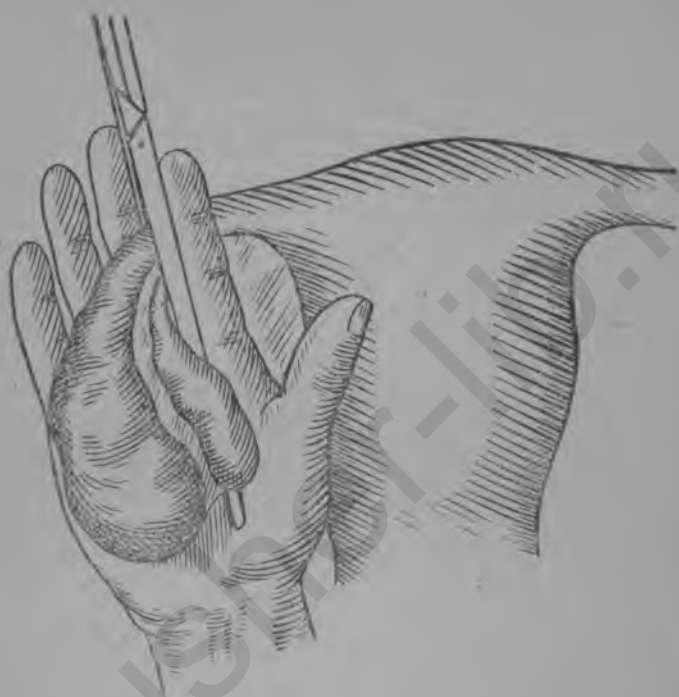


Рис. 38. Наложение зажима на основание плодовместилища.

же проникает в малый таз, отыскивает плодовместилище, захватывает двумя пальцами его основание — от *lig. infundibulo-pelvicum* до маточного угла; другая рука тут же по пальцам накладывает тупой зажим (рис. 38); благодаря этому кровотечение останавливается. Можно, извлеки беременную трубу, наложить один клемм, перпендикулярно к ее длиннику у места отхождения ее от матки, а другой зажим Бильрота — на *lig. infundibulo-pelvicum* или на *mesosalpinx* вдоль трубы. Создается возможность спокойно оперировать. При наличии значительной анемии можно после наложения указанных зажимов приступить тут же к введению физиологического раствора камфары, кофеина, адреналина, раствора глюкозы или к переливанию крови. При помощи салфеток или специальной ложки удаляется кровь из брюшной полости;



для того, чтобы кровь не скопилась в верхних ее отделах, полезно в начале операции придать больной положение с несколько приподнятым туловищем. После освобождения брюшной полости от крови, больной придается Тренделенбургское положение; матка подтягивается пулевыми щипцами, либо, еще лучше, при помощи наложенной на дно ее лигату-



Рис. 39. Рассечение mesosalpinx'a

ры; осматривается плодместилище, а затем и придатки другой стороны.

Вопрос о том, как поступить с небеременной трубой противоположной стороны мы решаем в зависимости от ее состояния; неизмененные придатки мы безусловно оставляем; при наличии мешотчатой опухоли труба удаляется. Беременная труба всегда удаляется; яичник, если он не вовлечен в плодместилище, оставляется. Предложение некоторых авторов оставлять беременную трубу после ее выскабливания или зашивания грозит опасностью наступления в ней повторной внематочной беременности. Мы наблюдали следующий случай. Больная поступила в клинику с повторной внематочной беременностью; при предыдущей беременности была удалена труба. Ввиду горячего желания больной иметь возможность забеременеть в дальнейшем, в клинике при лапаротомии, предпринятой по поводу повторной внематочной беременности, единственная труба после удаления из нее яйца была сохранена. Через  $1\frac{1}{2}$  года у больной наступила третья внематочная беременность, развившаяся в оставленной трубе. Такой исход вполне понятен, так как изменения беременной трубы, повлекшие эктопическую имплантацию яйца, не устраняются при сохранении трубы.

Удаление беременной трубы совершается следующим образом. Наложённые вначале тупые зажимы снимаются. На *mesosalpinx*—между яичником и трубой, параллельно последней — накладывается, если раньше не был наложен, зажим Кохера, захватывающий приблизительно  $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$  *meso-*

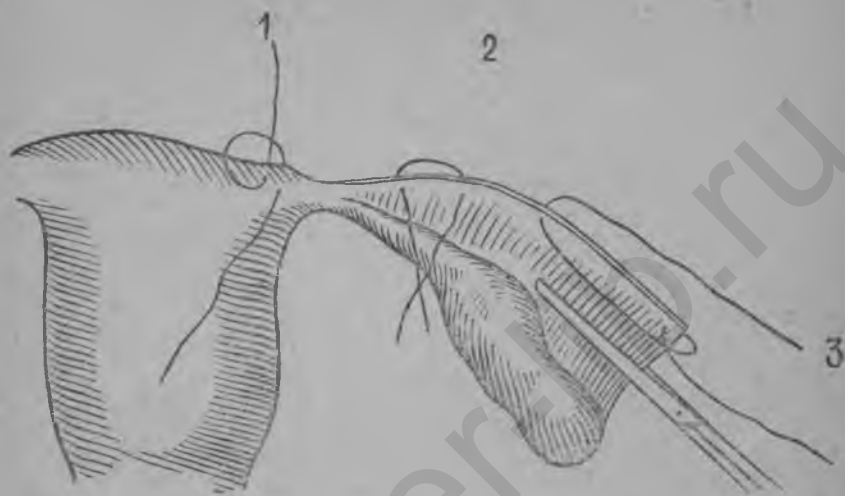


Рис. 40. Наложение швов. 1. Крестообразный шов на угол матки; 2. Обширивание кровоточащих сосудов *mesosalpinx'a*; 3. Основной шов на *mesosalpinx'e*.

*salpinx'a*. Ампулярный конец трубы захватывается тупым зажимом и приподымается; труба отсекается от *mesosalpinx'a* вдоль зажима и дальше до ребра матки (рис. 39); кровоточащие сосуды *mesosalpinx'a* зажимаются; один зажим накладывается на матку сразу под прикреплением трубы, перпендикулярно ребру матки; труба потом иссекается из угла матки; таким образом, она удаляется на всем протяжении вместе с интерстициальной частью. Иссечение трубы из угла матки необходимо, так как в противном случае возможно наступление повторной внематочной беременности в оставляемой интерстициальной части трубы. На раневую поверхность матки накладывается крестообразный шов; далее заменяют швами зажим, наложенный на ребро матки, и первый зажим, наложенный на *mesosalpinx*; остальные зажимы либо заменяются лигатурами, либо *mesosalpinx* прошивается одним швом (рис. 40). Все швы, кроме крайних, обрезаются; один конец крестообразного шва на матку и один конец крайнего шва на *mesosalpinx* связываются между собою. Благодаря этому культия *mesosalpinx'a* складывается вдвое, чем

значительно облегчается перитонизация. Последняя достигается либо сшиванием сближенных краев *mesosalpinx*'а между собою (рис. 41), либо покрытием раневой поверхности круглой связкой. Больной придается горизонтальное положение, удаляются марлевые салфетки из брюшной полости, удаляются из заднего и переднего „дугласа“ остатки крови и сгустки; брюшная рана зашивается наглухо.

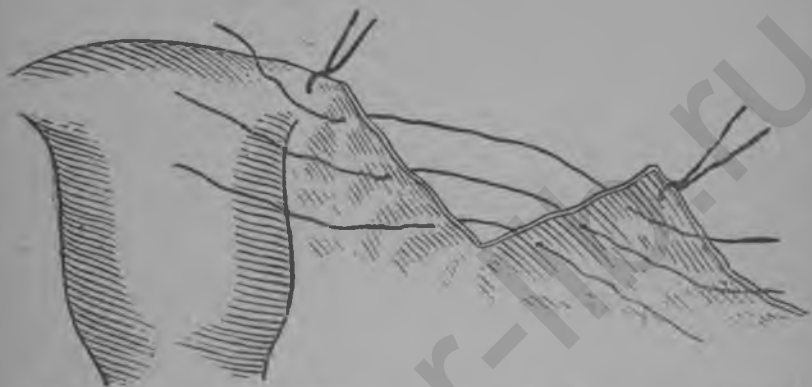


Рис. 41. Перитонизация. Сшивание между собой краев *mesosalpinx*'а.

При наличии кровяной опухоли необходимо, отграничив брюшные внутренности салфетками, прежде всего разрушить рукой капсулу опухоли, проникнуть в нее и извлечь беременную трубу; иногда для доступа к капсуле необходимо бывает отделить приставшие к ней кишечные петли; это в большинстве случаев удается сделать тупым путем, отделяя кишечные петли при помощи марлевого шарика; при плотном сращении кишек с капсулой приходится несколько надрезать последнюю у приклеившейся кишки и отделить кишку тупым путем с оставшимся на ней небольшим участком капсулы. Иногда удается извлечь *haematocoele* целиком из заднего „дугласа“. Удаление беременной трубы производится описанным выше путем.

При необходимости удалить вместе с трубой и яичник первый зажим накладывается на *lig. infundibulo-pelvicum*, на 1—1½ см отступя от яичниковой фимбрии. Второй зажим накладывают на трубу и собственную связку яичника у самого ребра матки. Ампулярный конец трубы приподымается зажимом кверху; *lig. infundibulo-pelvicum* перерезывается кнутри от зажима (рис. 42); придатки отсекаются от широкой связки ножницами, подведенными под яичник и собственную связку его, последняя также перерезывается; на кровотока-

щие сосуды перерезанной широкой связки накладывают зажимы; один зажим накладывается ниже места прикрепления собственной связки яичника к матке, перпендикулярно ребру последней. Интерстициальная часть трубы иссекается из матки. Раневая поверхность матки зашивается одним или двумя

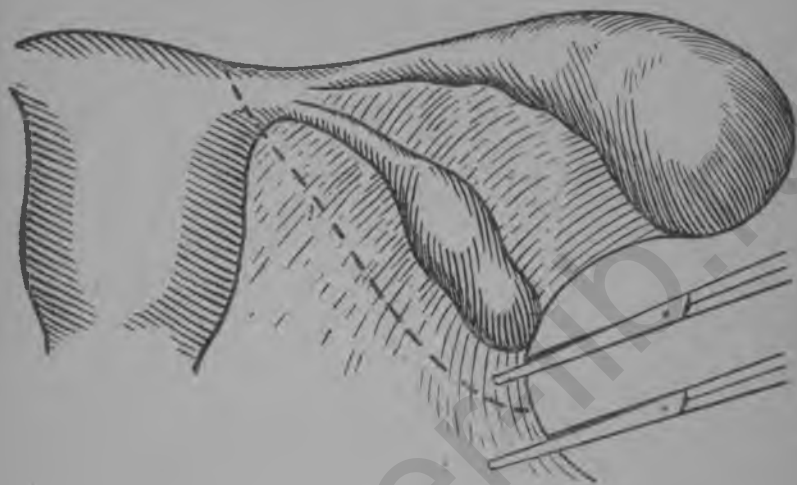


Рис. 42. Удаление беременной трубы вместе с яичником.

крестообразными швами, захватывающими и место отхождения собственной связки яичника. Зажимы заменяются лигатурами. Перитонизация производится так же, как и после удаления одной лишь трубы.

При необходимости удалить трубы с обеих сторон мы производим операцию Бейтнера — *defundatio uteri*, представляющую хорошие условия для перитонизации и значительно уменьшающую возможность дальнейшего проникновения инфекции из матки в брюшную полость и образования послеоперационных сращений.

При наличии инфицированной кровяной опухоли (высокая температура, повышенный лейкоцитоз, значительное ускорение РОЭ, наличие лейкоцитов в пунктате) предпочтительно опорожнить ее через влагалище при помощи задней кольпотомии.

Кольпотомию производим следующим образом (рис. 43). После введения ложкообразных зеркал задняя губа влагалищной части шейки матки захватывается пулевыми щипцами и подтягивается кпереди; задний свод влагалища вновь дезинфицируется; накладываются двое пулевых щипцов—одни несколько ниже прикрепления задней стенки влагалища к

шейке матки, другие — отступя книзу на  $\frac{1}{2}$ —1 см; при натягивании пулевых щипцов задний свод хорошо обнажается; между пулевыми щипцами скальпелем производят глубокий разрез (в 1—1 $\frac{1}{2}$  см длины) над наиболее выпуклой частью haematocoele. Нередко через разрез сразу же начинает выде-

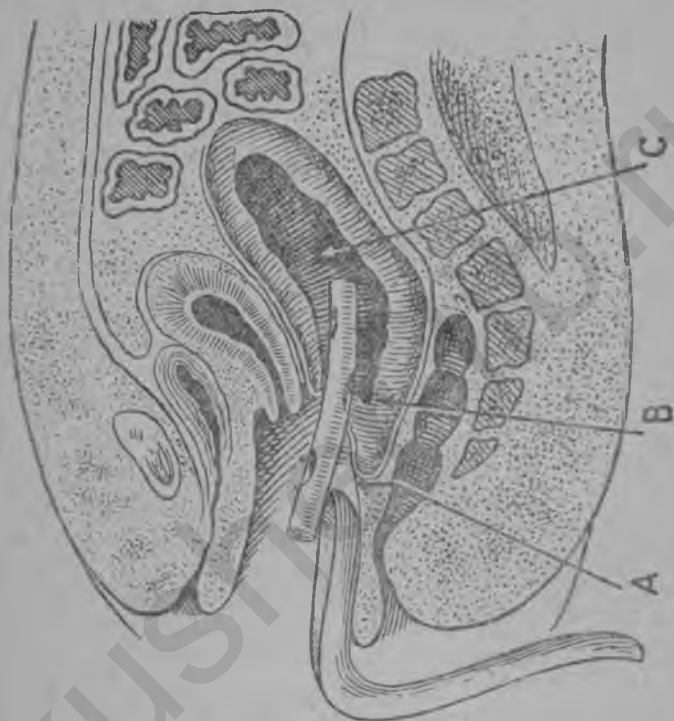


Рис. 43. Задняя кольпотомия. А—задняя стенка влагалища; В—фибриновые наслоения; С—нагноившаяся кровь.

литься большое количество разложившейся крови; в разрез вводится корнцанг или палец оперирующего, разрушается снизу капсула кровяной опухоли, после чего начинает обильно вытекать ее содержимое. Разрушать капсулу надо очень осторожно, вводя корнцанг неглубоко, чтобы не разрушить верхнего отдела капсулы, отделяющего кровяную опухоль от брюшной полости; в образовавшееся отверстие вводится широкий резиновый дренаж, который меняется каждые два дня, а при закупорке его и чаще; больной придается положение с приподнятым туловищем. Кольпотомию можно производить лишь в тех случаях, когда нарушение внематочной беремен-

ности произошло сравнительно давно (2—3 недели и больше) и когда можно исключить возможность повторного внутрибрюшинного кровотечения.

При установлении прогрессирующей внематочной беременности второй половины можно ждать почти до нормального срока и вмешаться за 7—14 дней до конца беременности. В этих случаях иногда удается получить жизнеспособный плод. Малиновский собрал из литературы 61 такой случай. Но как уже указывалось, в большинстве случаев плоды, развивающиеся вне матки, имеют целый ряд дефектов.

При наличии доношенной внематочной беременности при мертвом плоде показана операция. Оперировать лучше спустя несколько недель после гибели плода; плацентарные сосуды тогда заустевают, и отделение последа от места его прикрепления может не сопровождаться кровотечением.

Так как при брюшной беременности плод может оказаться прикрепленным к любому органу брюшной полости, операция нередко представляет значительные технические затруднения. Целесообразнее таких больших, не нуждающихся обычно в экстренной операции, направлять в учреждения, руководимые опытными гинекологами.

В тех исключительных случаях, когда отделение плаценты от места ее прикрепления, например, от печени, сопряжено с опасностью сильного кровотечения, можно, удалив плод, оставить плодный мешок *in situ*, пришив его к брюшной стенке (марсупиализация). В этих случаях после вскрытия брюшной стенки невскрытый плодный мешок пришивается к краям брюшной раны; после этого плодный мешок вскрывается и плод извлекается; оставшаяся полость выполняется марлей, сменяемой каждые два дня. Во многих случаях при таком образе действий плацента и оболочки постепенно самостоятельно отделяются; весь процесс может быть закончен в 4—6 недель. Однако такой исход не всегда возможен. Я был свидетелем случая, когда из-за прикрепления плаценты к печени с плодомместилищем поступили по описанному только что способу. 10-недельное выжидание ни к чему не привело; пришлось вторично вскрыть брюшную полость и отделить плаценту от печени. Отделение произошло сравнительно легко и сопровождалось незначительным кровотечением.

Некоторые французские и американские авторы (Vignard, Jewett, Brindeau и Jeannin) рекомендуют в затруднительных случаях, удалив плод, оставлять навсегда плаценту в брюшной полости, не прибегая к марсупиализации.

## Кровотечения во второй половине беременности, в первом и втором периодах родов.

При кровотечениях во второй половине беременности, в первом и во втором периодах родов приходится принимать во внимание целый ряд моментов акушерского и гинекологического порядка. К первым относятся: 1) предлежание детского места, 2) преждевременная отслойка нормально расположенного детского места, 3) разрыв пузыря при плевистом прикреплении пуповины и 4) в редких случаях пузырный занос, о котором речь была выше. Из гинекологических заболеваний следует отметить уже упомянутые эрозии, полипы и рак шейки матки. Лопнувшие варикозные узлы шейки, влагалища и наружных половых органов могут также быть причиной кровотечения во время беременности и родов.

Внимательно собранный анамнез, наружный осмотр, а в большинстве случаев и внутреннее исследование обычно совершенно достаточны для выяснения причины кровотечения.

### Предлежания детского места.

Определение. Нормально яйцо прикрепляется в верхнем отделе тела матки ближе к месту вхождения одной из труб; плацента в этих случаях располагается у маточного дна или на близком от него расстоянии. Под влиянием некоторых моментов плацента опускается значительно ниже, занимая больший или меньший участок перешейки матки.

Различают следующие разновидности предлежания детского места.

Если низко прикрепленная плацента граничит со внутренним зевом, но не покрывает его, мы говорим о краевом предлежании плаценты (*pl. praevia marginalis*) (рис. 44). Боковым или частичным предлежанием (*pl. pr. lateralis sive partialis*) обозначаем те случаи, когда над внутренним зевом расположена лишь боковая часть детского места (рис. 45). Когда плацента располагается настолько низко, что она целиком покрывает внутреннюю зева, мы имеем дело с центральным или полным предлежанием детского места (*pl. pr. centralis s. totalis*) (рис. 46). Однако следует заметить, что во время родов, в зависимости от прогрессирующего открытия шейки, один вид предлежания может переходить в другой. Внутренний зев, целиком покрытый плацентарной тканью при открытии, например, на 1 палец, может частично от нее освободиться при дальнейшем открытии на 2—3 пальца; в этом случае диагностированное вначале центральное предлежание на самом деле окажется боковым предлежанием (рис. 47). Наблюдается

и обратное явление. Отсутствующая сначала в зеве плацентарная ткань может обнаружиться в нем при прогрессирующем открытии; это происходит благодаря тому, что при растяжении зева часть плацентарной ткани обнажается (рис. 48). Таким

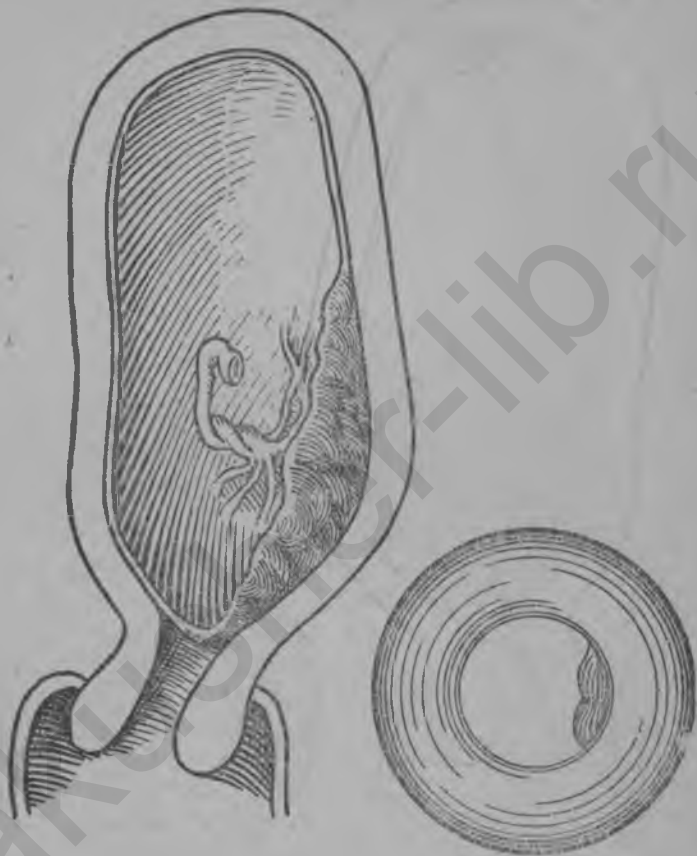


Рис. 44. Краевое предлежание детского места.

образом, краевое вначале предлежание при достаточном открытии окажется боковым предлежанием.

Для получения однородных статистических данных является необходимым раз навсегда установить ту степень открытия, при которой определяется форма предлежания детского места. Мы эту форму определяем, рассчитывая, насколько плацента будет покрывать внутренний зев при его открытии на 2 пальца.



В очень редких случаях ворсинки низко прикрепленного яйца, не находя в слизистой оболочке шейки благоприятной почвы, распространяются и в мышечный слой ее, образуя *pl. pr. cervicalis accreta* (рис. 49). Частота предлежаний

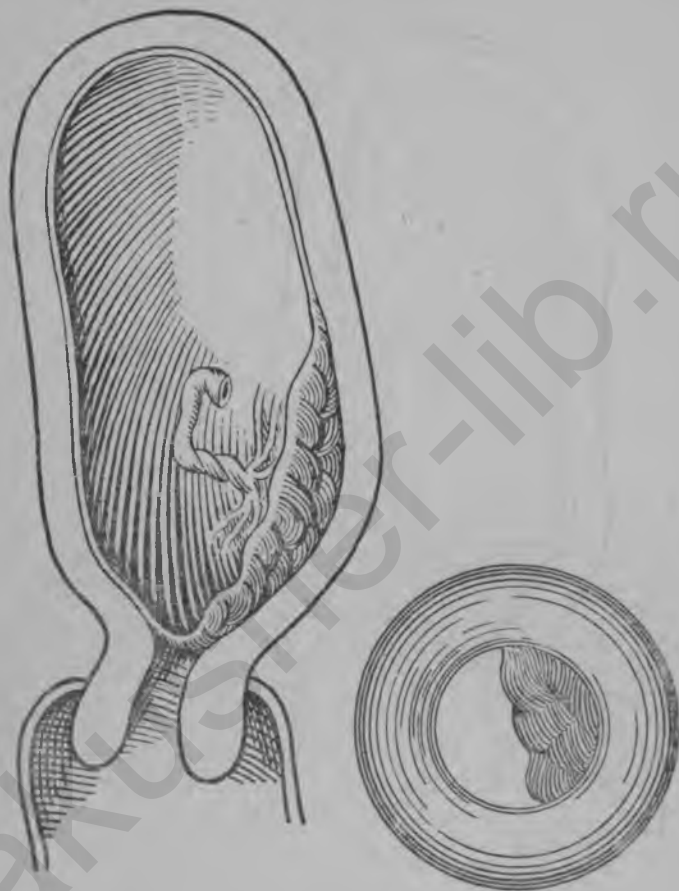


Рис. 45. Боковое предлежание детского места.

детского места колеблется в отдельных учреждениях в значительных пределах. В то время как, согласно прежней статистике, одно предлежание детского места встречается на 500 – 600 родов, по новейшим данным это осложнение имеет место значительно чаще — 1 : 200, 1 : 150 родов. Объясняется это значительным распространением воспалительных заболеваний, наблюдавшихся в военные и послевоенные годы. Вопрос о влиянии аборта

на возникновение *pl. praevia* является спорным. Одни, как например, Флоров, определенно указывают на связь между частотой предлежания детского места и числом перенесенных аборт. Булыгина, Макарова, Большакова, наобо-

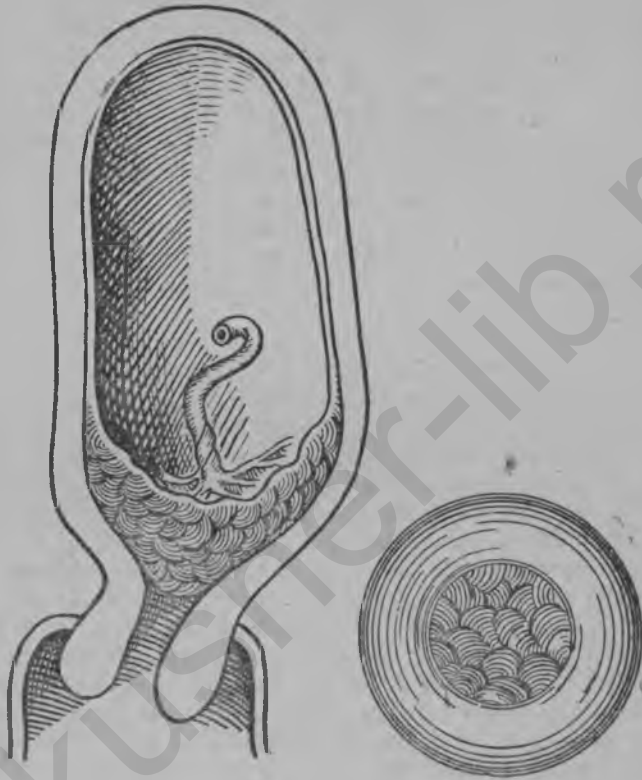


Рис. 46. Центральное предлежание детского места.

рот, не могли установить преимущественной частоты *pl. praevia* у абортировавших женщин. У нас также создалось определенное впечатление, что аборт, протекавший без осложнений не способствует образованию в дальнейшем предлежания детского места.

Вполне понятно, что в клиниках и крупных родильных учреждениях, в которых сосредотчивается патологический материал, предлежания детского места встречаются чаще, чем в других учреждениях. По материалам Воронежской клиники, один случай предлежания детского места наблюдался из 73 родов.

Из всех случаев предлежания детского места *pl. praevia centralis* встречается в 20—25 %; в остальных случаях имеется боковое либо, реже, краевое предлежание.

Этиологические факторы. Вопрос о причинах возникновения *pl. praevia* нельзя еще в настоящее время считать вполне выясненным. Имеющиеся по этому поводу мнения скорее основаны на абстрактных рассуждениях, чем на фактических данных. Предлежание детского места чаще всего образуется в результате низкого прикрепления оплодотворенного яйца. То обстоятельство, что предлежания плаценты у многорожавших встречаются значительно чаще, чем у первобеременных (на одну первородящую приходится 8—9 повторнородящих), дает повод считать воспалительные процессы слизистой оболочки матки основным фактором низкого прикрепления яйца. Механизм влияния воспаленной слизистой в этих случаях объясняется различно.

Как известно, мерцательные реснички, покрывающие в начале менструального цикла слизистую оболочку матки, после овуляции сохраняются лишь на небольших участках. Благодаря этому, яйцо, попадая в матку на участок, лишенный ресничек, получает возможность осесть на данном месте и там имплантироваться. Хене (Hoenne) предполагает, что воспаленная слизистая оболочка матки сохраняет мерцательные реснички на всем своем протяжении и после овуляции. Вследствие этого яйцо, попадая в матку, передвигается мерцанием ресничек книзу, к внутреннему зеву и там оседает. Трудно, конечно, допустить, что воспалительный процесс, в той или иной степени повреждающий эпителиальную клетку, оставил нетронутым такие нежные элементы ее, какими являются мерцательные реснички. Скорее можно думать об обратном, о гибели ресничек; поэтому объяснение Хене нам кажется совершенно необоснованным.

Более правдоподобным является допущение, что при наличии воспалительного процесса количество секрета маточных желез повышается; благодаря этому слизистая оболочка к концу менструального цикла покрывается густым слоем слизи; яйцо, попадая в матку, не в состоянии расплавить этот толстый слой: оно не может притти в непосредственное соприкосновение со слизистой оболочкой и скользит по ней вниз, где оседает и затем имплантируется. Измененная вследствие хронического воспаления слизистая оболочка матки представляет неблагоприятную почву для развития плаценты; ворсинки последней, не находя достаточно питательного материала в месте своей имплантации яйца, распространяются на большей площади; истончение плаценты компенсируется увеличением ее поверхности; в этих случаях плацента

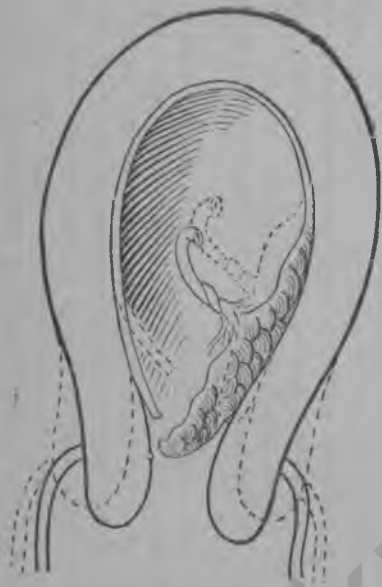


Рис. 47. При недостаточном открытии зев был целиком покрыт плацентой; при дальнейшем открытии (пунктирная линия) зев частично освободился от нее.



Рис. 48. При прогрессирующем открытии (пунктирная линия) в зеве обнаруживается плацентарная ткань.



Рис. 49. *Plac. praevia cervicalis accreta.*

нормально прикрепленного вначале яйца, распространяясь на большой площади, может, в конце концов, достичь внутреннего зева и даже покрыть его; хотя тут мы не будем иметь предлежания детского места в анатомическом смысле, клиническая картина будет аналогична той, которая наблю-



Рис. 50. Развитие плаценты в области dec. capsularis (d. c.).

дается при низком прикреплении яйца и при развитии всей плаценты в нижнем отделе матки. Наконец, некоторые (Хофмейер) допускают возможность развития плацентарной ткани не только в области dec. basalis; при истончении последней, по их мнению, ворсинки могут разрастаться и в области dec. capsularis, перекинутой наподобие моста над внутренним зевом (рис. 50).

Можно допустить, что в некоторых случаях причиной являются не изменения слизистой оболочки матки, а свойства самого яйца. Как известно, в нормальных условиях яйцо, попадая в матку, имеет уже достаточно развитый трофобласт, который, благодаря своим ферментам, расплавляет слизистую

оболочку матки, создавая ложе для яйца. Возможно, что либо яйцо попадает в матку раньше нормального срока еще до полного развития своего трофобласта, либо это развитие наступает позже, чем обычно. Вследствие этого яйцо, перешедшее из трубы в полость матки и еще не получившее способности имплантироваться, опускается в силу своей тяжести ниже; тут, по соседству с внутренним зевом, оно в конце концов, достигает соответствующего развития и оседает.

Симптомы. Кровотечение из половых органов будет единственной жалобой больных. Иногда, чаще при краевом предлежании, кровотечение впервые появляется лишь в начале родовой деятельности. В большинстве же случаев первое выделение крови наблюдается в последние месяцы беременности. Однако встречаются случаи, когда отслойка нижнего полюса яйца, а следовательно и кровянистые выделения наблюдаются и в первые месяцы беременности. Если тут дело не доходит до выкидыша, беременность может разви-

ваться дальше, и кровотечения появляются снова лишь в конце беременности.

Источником кровотечения являются маточно-плацентарные сосуды или синусы, которые разрываются или вскрываются, как только начинается отслойка нижнего участка плаценты

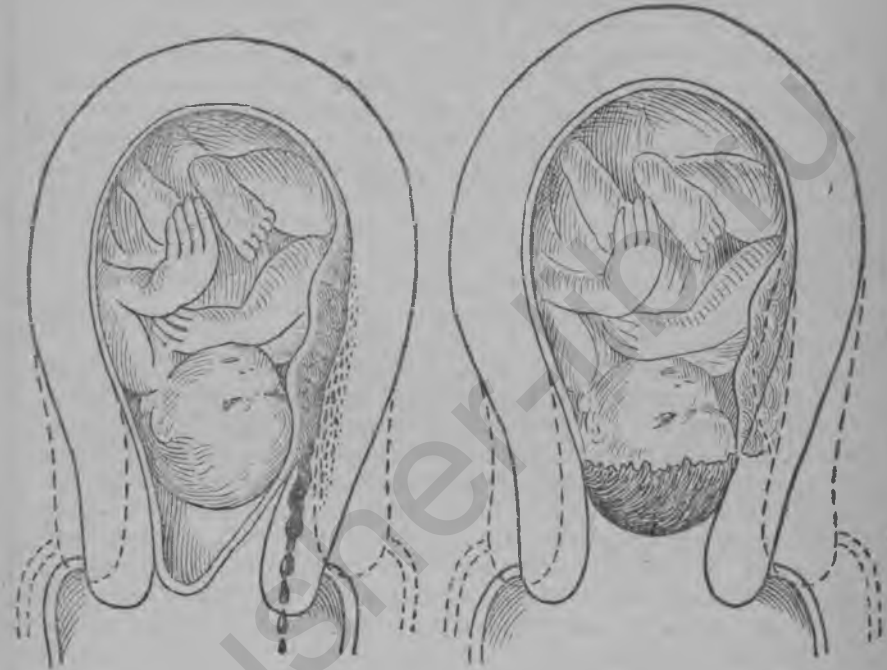


Рис. 51. При целом пузыре во время сокращений матка отделяется (пунктирная линия) от фиксированной внизу плаценты.

Рис. 52. После разрыва пузыря сокращающаяся матка (пунктирная линия) не отделяется от плаценты.

от стенки матки. Такая отслойка является следствием либо маточных сокращений, либо наблюдающегося в конце беременности растяжения и удлинения маточного перешейка. При сокращениях матки мышцы шейки и перешейка растягиваются во все стороны и отделяются от прикрепленной там плаценты. Отделению плаценты способствует и следующее обстоятельство. При сокращениях вся матка сползает над плодным яйцом кверху. При целом пузыре лежащая часть фиксирует плодные оболочки, а через них и плаценту внизу; поэтому матка, сползая вверх, отделяется от фиксированной внизу плаценты; маточно-плацентарные сосуды при этом разрываются, и кровотечение начинается (рис. 51). При разрыве

пузыря оболочки не фиксируются больше предлежащей частью, и матка вместе с ними и с плацентой сползает при сокращениях вверх над плодом. В этих случаях отделения плаценты от стенок матки не происходит (рис. 52).

Как указывалось, помимо сокращений матки, отделению последа способствует и наблюдающееся в последние месяцы беременности растяжение и удлинение перешейка. Перешеек, имеющий до беременности длину в 1 см, в последние месяцы достигает длины в 5—6 см. Плацента в своем росте отстает от удлинения перешейка, вследствие чего и происходит частичное отделение плацентарной ткани от удлиняющегося перешейка. Описанные изменения перешейка происходят в конце беременности; поэтому и первоначальные симптомы *pl. praevia* — кровотечения — обычно появляются впервые в последние месяцы беременности. Необходимо иметь в виду, что и сокращения матки могут наблюдаться еще задолго до наступления родов, также способствуя отслойке плаценты и появлению кровотечений еще во время беременности.

Так как растяжение нижнего сегмента и предродовые схватки не вызывают у беременной никаких ощущений, то и кровотечение при *pl. praevia* появляется без всяких предвестников, нередко среди полного покоя, даже ночью. Количество теряемой крови колеблется в значительных пределах: от нескольких капель до очень обильных, угрожающих жизни кровопотерь. Иногда дело ограничивается однократным кровотечением. В этих случаях вскрытые сосуды тромбируются, и кровотечение может вовсе не повторяться или снова появиться лишь во время родов. Чаще же мы имеем дело с повторными кровотечениями различной интенсивности, которые и являются характерными для предлежания плаценты. Промежутки между отдельными кровопотерями также могут колебаться от нескольких часов до многих дней и даже недель. Обычно количество теряемой крови находится в зависимости от степени предлежания детского места; наиболее интенсивные кровопотери наблюдаются при центральном предлежании; нередко при этой форме *pl. praevia* уже первая кровопотеря бывает очень обильной. Однако в этом отношении иногда могут встретиться исключения: небольшие кровопотери при центральном и обильные при краевом предлежании.

**Диагностика.** Хотя появление кровотечений, особенно повторных, в конце беременности и в первом периоде родов достаточно характерно для предлежания детского места, все же окончательный диагноз должен быть поставлен лишь на основании объективного исследования. Иногда наружное обследование живота дает некоторые данные, подтверждающие предположение о *pl. praevia*. Предлежащее детское место,

уменьшая емкость таза, мешает вставлению в него головки плода, которая в этих случаях лежит высоко над входом в таз; ягодичные предлежания, поперечные и косые положения плода встречаются при рl. praevia значительно чаще обычного. В некоторых редких случаях над лобком, чаще

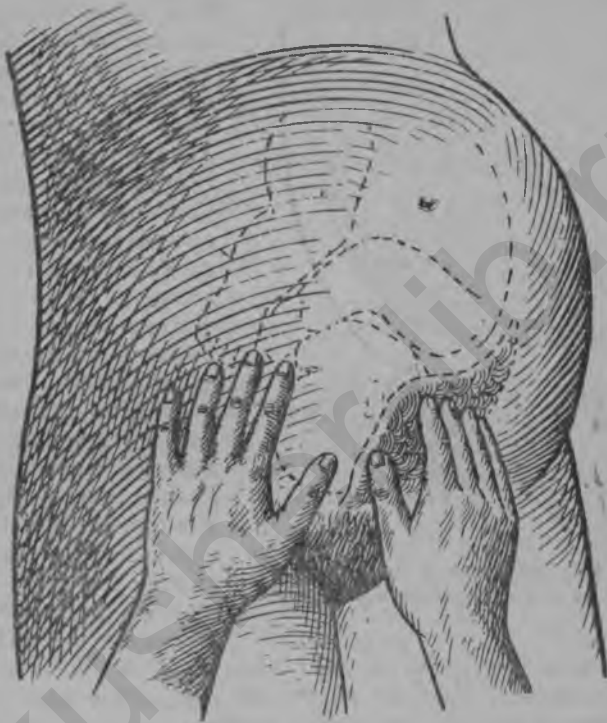


Рис. 53. Определение предлежащей плаценты при наружном исследовании.

слева от средней линии, удастся определить предлежащую плаценту, дающую ощущение пастоности при пальпации. Это ощущение пастоности выступает яснее при сравнении его с пальпаторными данными противоположной стороны, свободной от плаценты (рис. 53). Но обычно предлежащая плацента располагается больше кзади, несколько влево, и поэтому определение ее при наружном исследовании возможно далеко не всегда.

Окончательная диагностика предлежания плаценты в большинстве случаев возможна лишь при внутреннем исследовании. При закрытом зеве исследующий палец ощущает реже



в переднем, чаще в заднем и левом сводах мягкую подстилку, лежащую между ним и подлежащей частью (рис. 54).

Даже при небольшом открытии исследующий палец, проникая в канал шейки, сразу же наталкивается на губчатую ткань, целиком или частично покрывающую внутренний зев.

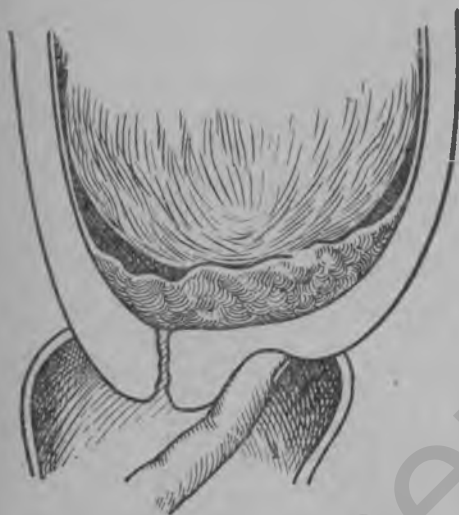


Рис. 54. При внутреннем исследовании в одном из сводов ощущается пастоность.

Как уже указывалось, подлежащая плацента чаще всего занимает лево-задний отдел нижнего сегмента; исследующий палец легче и скорее обнаружит плацентарную ткань, направляясь сразу в указанный участок. Палец должен обследовать только зев, не проникая выше и не способствуя дальнейшей отслойке плаценты, так как грубое внутреннее исследование может вызвать сильнейшее кровотечение (рис. 55). Ощущение, доставляемое губчатой тканью плаценты, достаточно характерно и в подавляю-

щем большинстве случаев дает возможность поставить безошибочно диагноз. Иногда такое же ощущение могут доставить сгустки крови, находящиеся в канале шейки; но их поверхность гладкая, скользкая, в противоположность шероховатой, слегка бугристой поверхности плаценты.

Раковые разращения иногда могут стимулировать предлежание плаценты, но при раке зев либо вовсе не определяется, либо лежит среди раковых разращений (рис. 56); при предлежании же детского места края зева прощупываются по периферии плацентарной ткани (рис. 57). В затруднительных случаях осторожное обследование зеркалами, вводимыми не дальше середины влагалища, разъяснит истинное положение вещей.

При *pl. pr. marginalis* и при низком прикреплении детского места плацентарная ткань в зеве может не определяться; о близости плаценты в этих случаях свидетельствует шероховатость и плотность плодных оболочек, определяемых во внутреннем зеве. Наличие этого симптома при кровотечениях

в первом периоде родов достаточна для диагностики низкого прикрепления плаценты. Проникать глубже в поисках плацентарной ткани ни в коем случае не следует, так как это будет способствовать дальнейшей отслойке плаценты и усилению кровотечения.

**Лечение.** Переходя к вопросу о лечении, считаю необходимым категорически указать, что всякая больная *pl. praevia* при первом, даже незначительном кровотечении, должна быть немедленно помещена в стационар.

Опорожнение матки, способствуя сокращению мышечных волокон и закрытию просвета сосудов, явилось бы наиболее радикальным методом прекращения кровотечения. Однако применение его значительно ограничено тем, что кровотечение начинается либо в конце беременности, либо в начале раскрытия. Насильственное опорожнение матки через влагалище в этих случаях сопряжено с надрывами шейки, значительно усиливающими кровопотерю. Поэтому для остановки кровотечения при *pl. praevia* приходится прибегать к другим методам. В некоторых случаях опорожнение матки *per abdomen* является наиболее целесообразным мероприятием.

Как уже указывалось, первое кровотечение редко бывает настолько обильным, что требует активного вмешательства акушера. В этих случаях больной предписывается полный покой, назначаются опиаты в комбинации с белладонной; указанные вещества лучше всего давать *per rectum* в виде свечей: *extr. opii*, *extr. belladonnae ana 0,015*, *butyri cacao q. s.* — по одной свечке 3 раза в день; можно опиаты давать и в клизмах (7—10 капель опийной настойки на 3—5 ложек теплой воды), либо *per os* (по 7—10 капель 3 раза в день). Постельное содержание отменяется спустя лишь несколько дней после полного прекращения кровянистых выделений. При повторении незначительного кровотечения указанные мероприятия проводятся снова; в некоторых, к несчастью, редких случаях



Рис. 55. Палец обнаруживает в зеве плацентарную ткань.

указанным режимом ограничиваются все наши мероприятия, и кровопотеря не повторяется на остальном протяжении беременности, а иногда и во время родов. Но в большинстве случаев приходится вмешиваться, если не во время беременности, то во всяком случае во время родов.

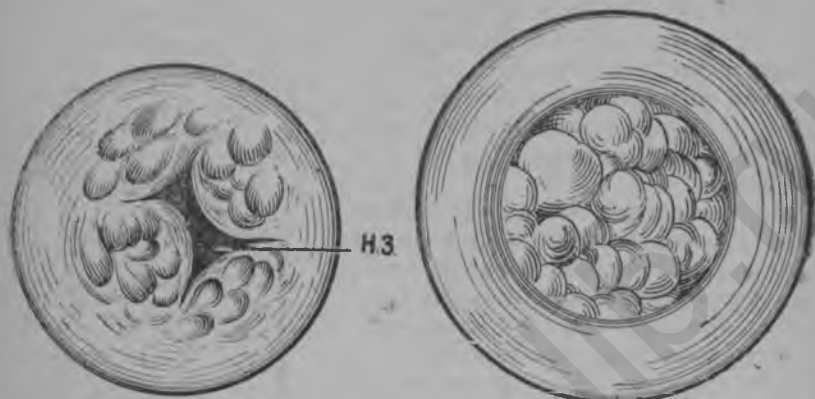


Рис. 56. Наружный зев (Н. З.) определяется среди раковых разращений.

Рис. 57. Края зева определяются по периферии плацентарной ткани.

Почти все наши мероприятия в этих случаях сводятся к прижатию кровоточащего участка. Предлагаемая некоторыми авторами тампонация влагалища при *pl. praevia* не только бесполезна, но даже вредна. Вследствие высокого стояния подлежащей части тампон может оказать на плаценту лишь одностороннее давление со стороны влагалища, совершенно недостаточное для прижатия кровоточащего места; кроме того, тугая тампонация влагалища и сводов, возбуждая маточные сокращения, способствует дальнейшей отслойке детского места и усилению кровотечения.

Эффективным может оказаться лишь прижатие плацентарного ложа со стороны полости матки подлежащей частью либо заменяющим ее метрейринтером.

Иногда разрыв пузыря, предшествующий низведению подлежащей части, сам по себе может оказаться гемостатическим пособием; как уже указывалось, после прохождения вод, матка вместе с прикрепленной плацентой сползает над плодом вверх; отслойка плаценты при этом прекращается, чем устраняется момент, поддерживающий кровотечение.

Техника разрыва пузыря при *pl. praevia* представляет некоторые особенности. Производить буравящие движения пальцем или инструментом недопустимо, ибо это способ-

ствуется отодвиганию кверху оболочек, которые потянут за собою и плаценту, вызывая дальнейшую ее отслойку. Разрыв пузыря при *pl. praevia* лучше всего производить следующим образом. По пальцу, приставленному к оболочкам, вводится зажим Кохера или пулевые щипцы, которыми захватывают оболочки; потянув инструмент книзу, разрывают пузырь (рис. 58); эту манипуляцию можно производить и под контролем зрения, обнажив зеркала шейки матки.

Еще сравнительно недавно низведение ножки и прижатие плаценты ягодицами являлось наиболее популярным способом при лечении предлежаний детского места. При ягодичном предлежании низведение ножки обычно затруднений не представляет. Для этой цели два пальца введенной во влагалище всей руки после разрыва оболочек, при краевом предлежании, и пробуравливания плаценты, при центральном предлежании, проникают в матку и захватывают голень (над лодыжками); захваченная голень выводится из полости матки и вытягивается из влагалища, за линию наружных половых органов.



Рис. 58. Разрыв пузыря при помощи пулевых щипцов.

При головном предлежании или поперечном положении плода при открытии в 2 пальца производится разрыв оболочек, — при краевом предлежании, или пробуравливание плаценты — при центральном предлежании, после чего совершается комбинированный поворот по Бракстон-Хиксу, низводится ножка; на низведенную ножку над стопой накидывается петля из марли; концы петли перекиды-

ваются через ножной конец кровати и к ним привешивается гиря, весом в 500—700 г, либо полулитровая бутылка, наполненная водою (рис. 59). Низведенные ягодицы прижимают плаценту и способствуют более быстрому открытию шейки матки. Роженица оставляется в указанном положении до рождения плода; извлекать плод за ножку после ее низведения при неполном открытии недопустимо из-за опасения надорвать рыхлую, богатую сосудами шейку и вызвать этим трудно останавливаемое кровотечение. После низведения

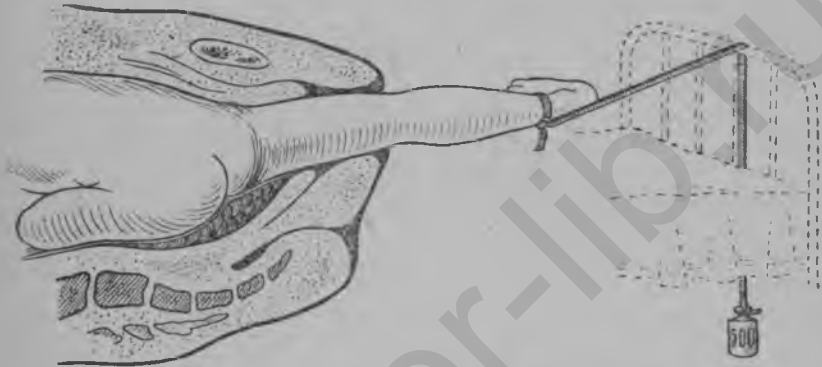


Рис. 59. Благодаря низведению ножки ягодицы прижали плаценту.

ножки кровотечение во многих случаях уменьшается или вообще прекращается, появляется хорошая родовая деятельность; при возобновлении кровотечения можно груз увеличить, чем достигается более плотное прижатие кровоточащего участка.

При недостаточном открытии, когда невозможно пройти через шейку 2 пальцами, можно сначала ввести в полость матки метрейринтер, емкостью в 300—500 г. Метрейринтер вводится интравулярно после разрыва пузыря; экстравулярное введение будет способствовать отслойке плаценты и поэтому неприменимо. К метрейринтеру также привешивается груз в 500—700 г (рис. 60). Нередко после рождения метрейринтера кровотечение возобновляется, но к этому времени имеется уже достаточное открытие, и в случае нужды можно сделать поворот и низвести ножку.

Предложенная Гауссом фиксация предлежащей головки делает во многих случаях головного предлежания излишним производство комбинированного поворота. Фиксация головки может быть произведена даже при небольшом открытии — в 1 палец. Под руководством зрения или по пальцу, приставленному к головке, к последней подводятся плуевые

щипцы, либо щипцы *Muslaux*, которыми и захватывается участок кожи (рис. 61). Мы обычно захватываем головку двумя пулевыми щипцами, расположенными рядом; через ушки щипцов проводится длинная марлевая тесьма, концы которой перекидываются через ножной конец кровати и к ним подвешивается груз в 500—700 г. Во избежание соскальзывания

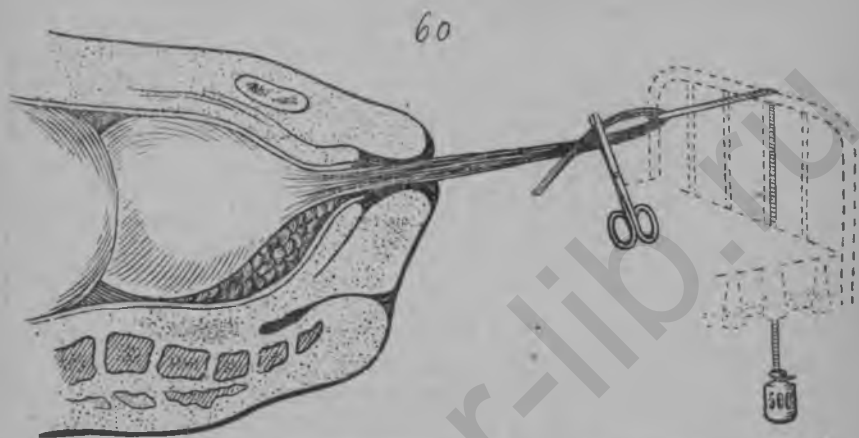


Рис. 60. Введенный интравулярно метрейринтер прижал плаценту.

щипцов необходимо захватывать ими глубоко довольно мощную складку кожи черепа; фиксированная головка тампонирует плаценту, ускоряет родовую деятельность (рис. 62); щипцы остаются на головке до начала ее врезывания. Незначительные уколы, производимые щипцами на коже головки плода, очень быстро заживают и нередко не оставляют после себя никакого следа.

При предлежании значительной части плаценты, а особенно при центральном предлежании, все перечисленные способы не гарантируют успеха. В этих случаях наиболее целесообразной терапией будет опорожнение матки *per abdomen*. Можно применить либо корпоральное кесарское сечение, либо кесарское сечение в нижнем отделе. По нашему мнению, кесарское сечение в нижнем отделе является вполне уместным и при *pl. praevia*. Вскрывая матку в нижнем отделе, мы имеем возможность более бережно и тщательно отделить детское место; при наличии сильного кровотечения из плацентарного ложа (чего мы к стати ни разу не наблюдали) можно обколоть зияющие кровоточащие сосуды. Опасность кровотечения из разреза преувеличена; разрез ведется по передней стенке нижнего сегмента; плацента же в большинстве случаев занимает лево-задний участок его;

после извлечения последа стенки нижнего сегмента спадаются, и кровотечение обычно останавливается; наконец, как указано, можно обколоть кровоточащие сосуды, чего не удастся сделать при разрезе тела матки. Мы оперировали раньше по Брендо; в последнее время мы широко применяем поперечный разрез нижнего сегмента.



Рис. 61. Кожа головки захватывается пулевыми щипцами.

Успех терапии зависит от правильного выбора одного из указанных методов и своевременного его применения. Выбор зависит от степени предлежания детского места, от количества потерянной крови, от жизнеспособности плода, от того, когда приходится вмешиваться — во время беременности или во время родов. Известное влияние должен оказать и характер лечебного учреждения, имеющего или не имеющего возможности производить у себя чревосечение.

В благоустроенном учреждении допустимы два способа: кесарское сечение или разрыв плодного пузыря с последующей фиксацией предлежащей части. Если больная поступает с незначительным кровотечением, назначаем ей постельный режим, опиаты и белладонну. Внутреннее исследование *per vaginam* производим впервые лишь тогда, когда является необходимость вмешаться, т. е. при наличии сильного кровотечения и при повторных и обильных кровопотерях. Одновременно с подготов-

кой к внутреннему исследованию идут приготовления к кесарскому сечению. Если необходимо вмешаться при закрытом зеве — производим кесарское сечение. При открытии зева на 1—2 пальца поступаем в зависимости от указанных выше обстоятельств. Если констатировано центральное предлежание, мы при отсутствии инфекции предпочитаем производить кесарское сечение даже при нежизнеспособном

или мертвом плоде. При родах *per vias naturales* фиксация подлежащей части не всегда в состоянии прижать центрально подлежащую плаценту на всем ее протяжении; наконец, неизбежная кровопотеря в третьем периоде, будучи даже незначительной, может стать роковой для роженицы, обескровленной предшествующими длительными потерями крови.

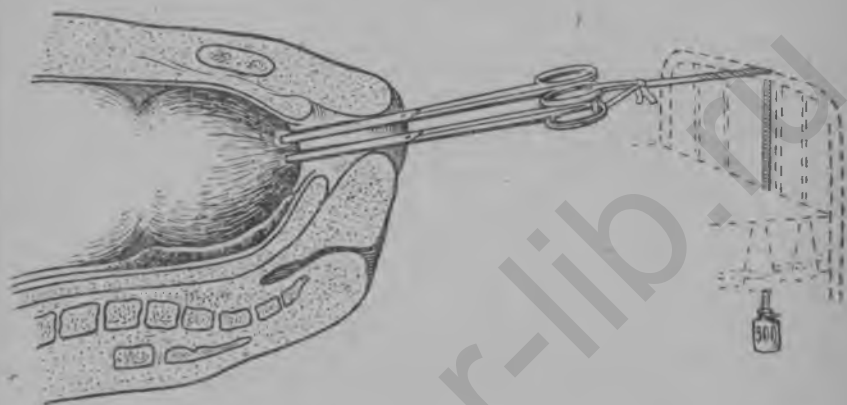


Рис. 62. Фиксированная головка прижала плаценту.

Быстрое же опорожнение матки *per abdomen* при центральном предлежании в подавляющем большинстве случаев исключает возможность повторных кровотечений. Таким же образом поступаем и в тех случаях *pl. praevia lateralis*, когда больная потеряла уже много крови. При *pl. praevia marginalis* и в случаях *pl. pr. lateralis*, не давшей даже при некотором открытии угрожающего кровотечения, разрываем плодный пузырь и фиксируем подлежащую часть: при ягодичном и ножном предлежании низводим ножку и привешиваем к ней груз, при головном предлежании фиксируем головку пулевыми щипцами, к которым также привешиваем груз; в некоторых случаях *pl. pr. marginalis*, сопровождающихся незначительными кровянистыми выделениями, можно ограничиться лишь разрывом пузыря.

При отсутствии условий для производства кесарского сечения приходится вместо него ограничиваться фиксацией подлежащей части: головки — при головном предлежании, ягодиц — после предварительного низведения ножки при ягодичном предлежании или после комбинированного поворота.



Воронежская клиника располагает материалом в 82 случая *pl. praevia*, в 8 случаях было проведено консервативное лечение: все больные выздоровели; в 9 случаях дело ограничилось разрывом пузыря; низведение ножки произведено в 2 случаях; классическое кесарское сечение — в 9 случаях и влагалищное — в 1 случае; все случаи кончились выздоровлением; в 33 случаях был произведен комбинированный поворот — погибло 5 больных; метрейриз применялся в 9 случаях, один из которых закончился летально; подлобковое кесарское сечение применялось в 8 случаях: смертельный исход наблюдался в 1 случае; фиксация головки пулевыми щипцами применялась в 3 случаях — погибла одна больная.

С рождением плода еще не вполне устраняется опасность для матери; третий период может оказаться также губительным для нее. Так как послед прикреплен в нижней, не сращивающейся части матки, отделение его затягивается и может сопровождаться значительной кровопотерей. В то время, как обычно роженица переносит легко кровопотерю даже до 1000 г, для больной, ослабленной хроническими кровопотерями, может оказаться роковым и менее обильное кровотечение. Поэтому при *pl. praevia* кровопотерю в третьем периоде следует ограничить до минимума, удаляя детское место, как только появится даже незначительное кровотечение, или накладывая швы на кровоточащие разрывы шейки, которые при *pl. praevia* наблюдаются чаще обычного.

Все влагалищные манипуляции при *pl. praevia* следует производить осторожно, чтобы при введении руки во влагалище не проникла большая масса воздуха; вследствие зияния сосудов воздух может проникнуть в кровеносные пути и вызвать эмболию. Наконец, необходимо самое строжайшее соблюдение асептики: обескровленные больные более других склонны к инфекции, которая благодаря близости влагалища к плацентарному ложу имеет благоприятные условия для своего внедрения.

### Кесарское сечение.

В прежнее время наиболее распространенным было так называемое корпоральное кесарское сечение, при котором вскрывается тело матки. Техника этой операции была подробно разработана Зенгером в 1882 г. Предложенная им операция вошла в историю акушерства под названием классического кесарского сечения. Эта операция в настоящее время производится нами следующим образом.

Брюшная полость вскрывается разрезом в 10—12 см длины, локализующимся ниже и выше пупка. По вскрытии

брюшной полости в нее, по бокам от матки и со стороны дна ее, вводятся большие марлевые компрессы, отгораживающие матку от всей брюшной полости. Производимое некоторыми операторами выкачивание матки мы не применяем, вследствие того, что эту операцию делаем исключительно в чистых случаях, при которых попадание некоторого количества вод в брюшную полость безопасно. Выкачивание матки требует к тому же большего разреза; при этой манипуляции несколько нарушается серозный покров матки и париетальный покров брюшины; это обстоятельство способствует образованию послеоперационных сращений. Изолированная салфетками от брюшной полости матка надавливанием рук ассистента на дно приближается вплотную к передней брюшной стенке. Тело матки вскрывается по средней линии разрезом в 8—10 см длины. Вскрывают плодный пузырь, вводят руку в полость матки и извлекают плод, захватив его за ножку. По извлечении плода в толщу маточной мускулатуры вводится 1 см<sup>3</sup> питуитрина. Сократившаяся благодаря этому матка должна вызвать отделение последа от ее стенки. Удаление последа совершается либо потягиванием за пуповину, либо при помощи отслойки его рукой. Удаленный послед осматривается; в случае неполного его отделения производится ручное обследование полости матки и ручное отделение задержавшейся плацентарной ткани. Большим компрессом матка

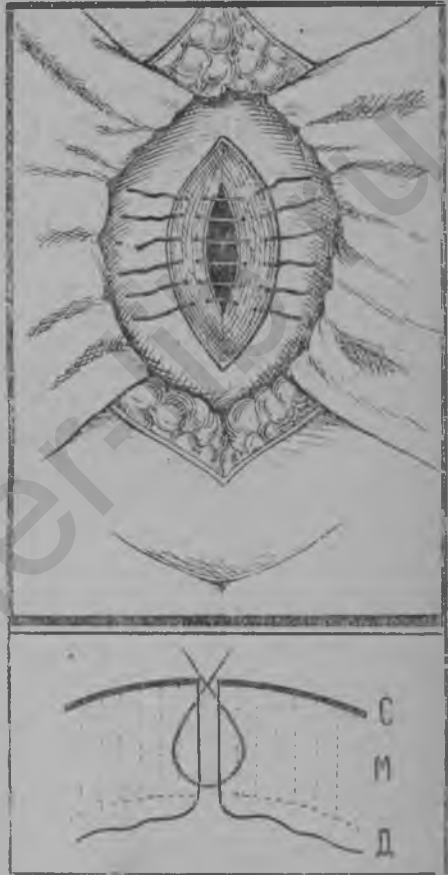


Рис. 63. Корпоральное кесарское сечение. Наложение первого этажа швов; С—серозный покров; М—мышцы матки; Д—decidua.

освобождается от сгустков крови и части оболочек, которые могут еще оказаться прикрепленными к маточной стенке.

Очистив от крови операционное поле, приступают к



Рис. 64. Корпоральное кесарское сечение.  
Наложение второго этапа швов.

зашиванию стенок матки. Шьют в три этапа. Первый этап составляют узловые мышечные швы (рис. 63). Укол делается в толщу мышцы на  $\frac{1}{2}$  см ниже серозного покрова, выкол делается на  $\frac{1}{4}$  см выше слизистой оболочки с таким расчетом, чтобы шов не проник в полость матки. На противоположной стороне шов проводится в обратном направлении: сначала прокалывается мышечный слой на  $\frac{1}{4}$  см выше слизистой оболочки, выкол делается на  $\frac{1}{2}$  см ниже серозного покрова. Швы накладываются на расстоянии  $\frac{1}{2}$  или  $\frac{3}{4}$  см друг от друга. Все они завязываются лишь после наложения последнего шва. Второй этап — серозно-мышечный состоит из непрерывного перекидного шва (рис. 64). Вкол делается в серозный покров на  $\frac{1}{4}$  см выше края разреза, выкол делается несколько ниже края разреза. С противоположной стороны шов проводится

в обратном направлении: вкол делается несколько

ниже серозного покрова, выкол — на  $\frac{1}{4}$  см кнаружи от него. Стежки швов ложатся между швами первого этапа. Третий этап состоит из лембертовского серо-серозного непрерывного перекидного шва (рис. 65). Вкол делается на  $\frac{3}{4}$  см кнаружи от края разреза, выкол — на  $\frac{1}{4}$  см. На противоположной стороне шов проходит в обратном направлении. Шьем исключительно кетгутот. После зашивания разреза матки из брюшной по-

лости удаляются марлевые компрессы, попавшая туда кровь и околоплодные воды; брюшная стенка закрывается наглухо 5-этажным швом.

Классическое кесарское сечение допустимо только в безусловно чистых случаях, при целых водах, при отсутствии влагалищного исследования, проведенного вне клиники в последние 10 дней. Это значительно ограничивает сферу его применения. К тому же число послеоперационных осложнений при этой операции значительно. На основании сборных статистик сращения встречаются в большинстве случаев классического кесарского сечения. Разрывы матки при последующих беременностях составляют 40% (Holland) — 6% (Audebert).

Низкое — надлобковое — кесарское сечение, при котором вскрывается не тело матки, а перешеек и шейка, дает гораздо меньше осложнений. Из всех предложенных комбинаций этой операции мы долгое время применяли метод Брендо, который заключается в следующем. Брюшная полость вскрывается разрезом в 10 см длины, расположенным между лобком и пупком. По вскрытии брюшной полости обнажается нижний отдел матки, который отгораживается марлевыми компрессами от брюшной полости. Ассистент, надавливая руками на дно матки, приводит ее в срединное положение и приближает вплотную к передней брюшной стенке. Отыскивается пузырно-маточная складка, которая узнается по тому, что она несколько отстает от подлежащей ма-

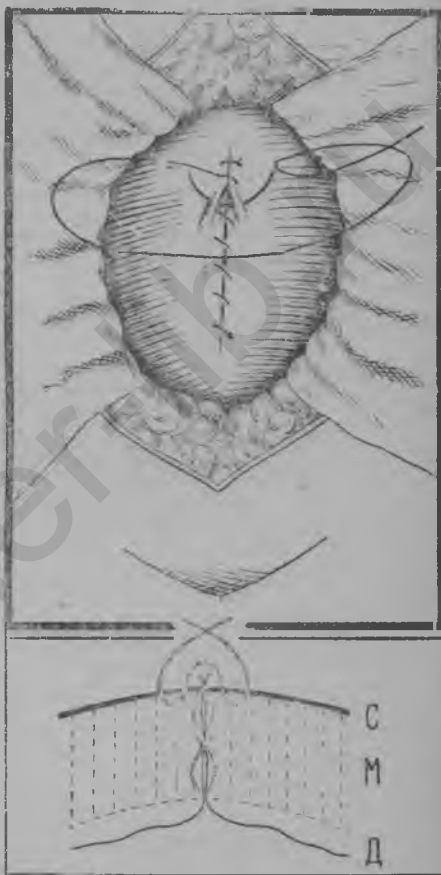


Рис. 65. Корпоральное кесарское сечение. Наложение третьего этажа швов.

точной ткани. Эта складка захватывается пинцетом на  $1-1\frac{1}{2}$  см ниже плотного прикрепления ее к матке. Разрезом несколько выше пинцета пузырно-маточная складка вскрывается поперек (рис. 66). Разрез продолжается в обе стороны до бо-

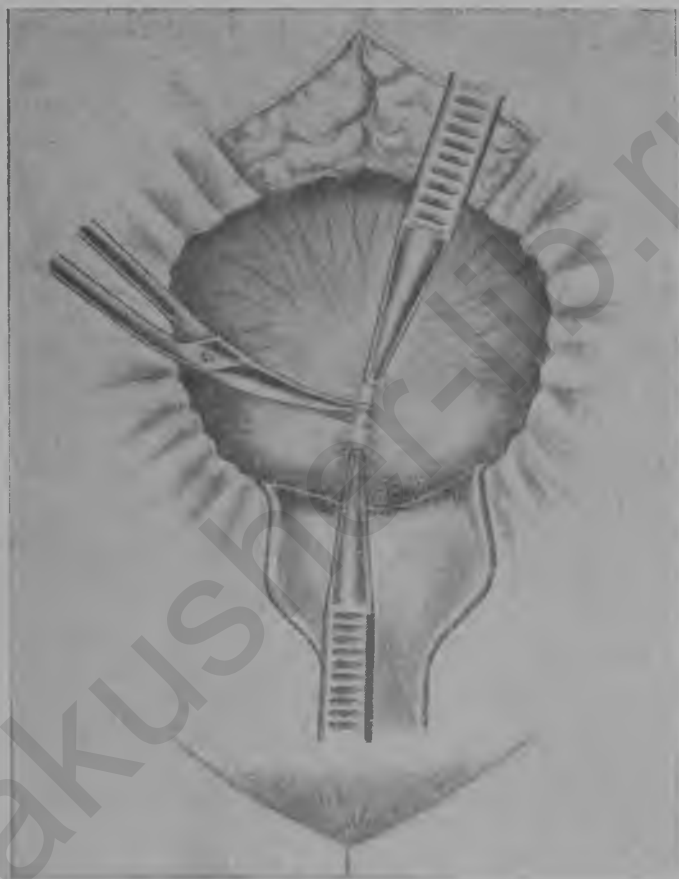


Рис. 66. Кесарское сечение по Брендо. Надрезается пузырно-маточная складка.

ковых отделов матки (рис. 67). Манипулируя ножницами по бокам, необходимо держаться только пузырно-маточной складки, чтобы не поранить глубже лежащих вен. Мочевой пузырь с оставшимся на нем лоскутом брюшины тупым путем отделяется книзу на возможно большем протяжении. Отделяется главным образом середина пузыря, ибо отделение боковых

отделов может сопровождаться заметным кровотечением. Отделенный пузырь оттесняется книзу зеркалом. После этого верхний лоскут брюшины также отделяется по направлению кверху на возможном протяжении. Таким образом должен

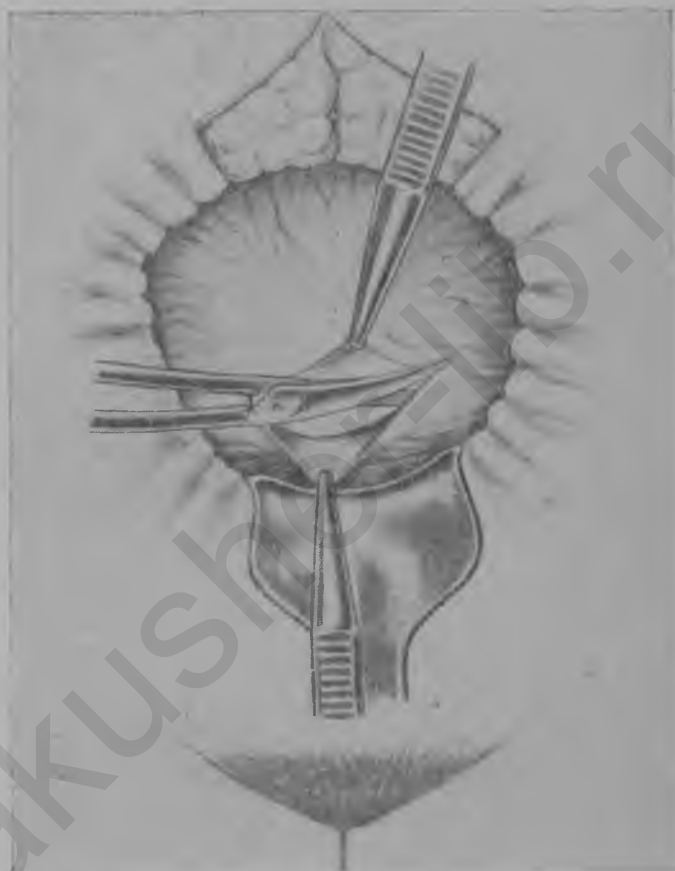


Рис. 67. Кесарское сечение по Брендо. Надрезается пузырно-маточная складка.

получиться отрезок нижнего отдела матки, свободный от брюшины, протяжением не менее 8 см. Этот отдел ножом разрезается по средней линии, благодаря чему вскрывается матка (рис. 68). Разрывается плодный пузырь, спускаются воды и извлекается плод. Извлечение головки при этом иногда представляет известные затруднения. Головка выкатывается

из матки либо рукой, введенной в полость матки, либо одной ложкой щипцов, подведенной под головку, либо специально рекомендуемыми для этого инструментами. Некоторые рекомендуют поступать следующим образом: войти рукой в полость

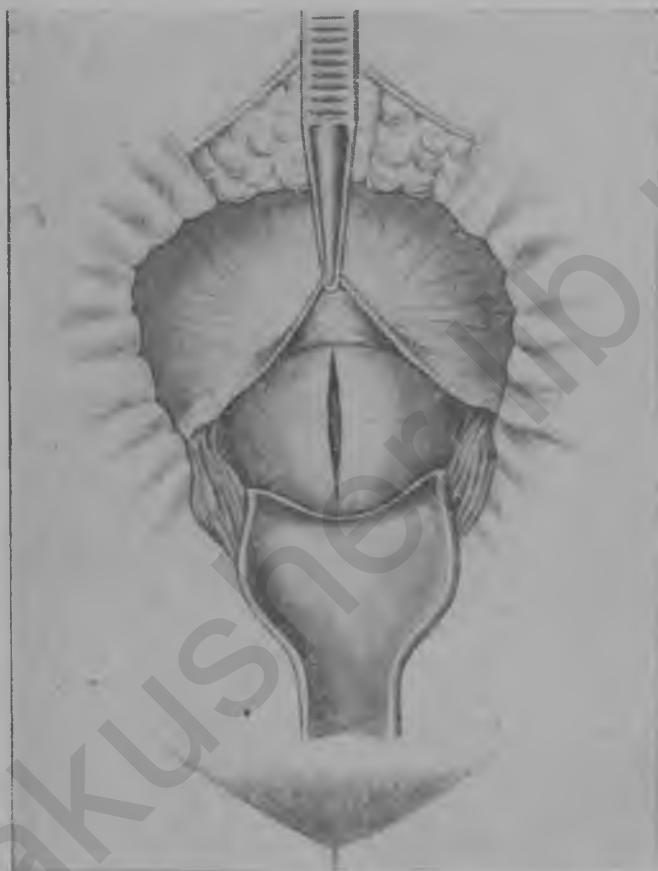


Рис. 68. Кесарское сечение по Брендо. Продольный разрез нижнего отдела матки, освобожденной от брюшины.

матки, отыскать ротик ребенка, повернуть его кпереди, наложить на головку щипцы вогнутостью к лобку; наложив щипцы, извлекают плод. Другие авторы советуют извлечь головку, захватив кожу ее пулевыми щипцами или другими специальными инструментами. Обычно удается выкатить головку либо при помощи руки, либо при помощи ложки щипцов, подве-

денной под нее. Выхождению головки способствует надавливание на дно матки, благодаря которому плод устремляется в область разреза. В затруднительных случаях можно войти рукой в матку, произвести поворот и извлечь плод за ножку.



Рис. 69. Кесарское сечение по Брендо. Верхний лоскут пузырно-маточной складки пришивается книзу.

Разрез маточной стенки зашивается в два этажа. Первый этаж — мышечно-мышечные узловатые швы, которые накладываются, как было указано выше, при описании корпорального кесарского сечения.

Второй этаж — непрерывный мышечно-мышечный шов. Выкол делается в мышцу на  $1\frac{1}{4}$  см кнаружи от разреза. Выкол



делается на  $\frac{1}{4}$  см ниже разреза. Перитонизация производится так называемым сюртучным швом. Сначала верхний лоскут пузырно-маточной складки пришивается книзу, покрывая собою разрез маточной стенки (рис. 69). Поверх этого пришивается

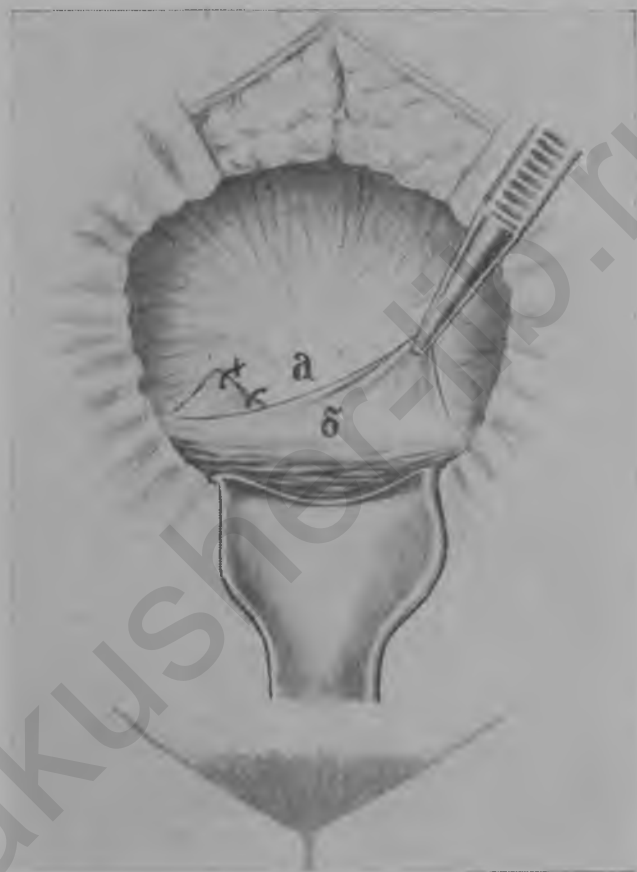


Рис. 70 Кесарское сечение по Брендо. Нижний лоскут пузырно-маточной складки (б) покрывает пришитый верхний лоскут (а).

также непрерывным швом нижний лоскут пузырно-маточной складки, причем мочевого пузырь подтягивается кверху, и маточная рана оказывается закрытой двумя слоями брюшины (рис. 70).

В последнее время мы производим не продольный, а поперечный разрез маточной стенки, вновь предлагаемый Дерфлером. Пузырно-маточная складка вскры-

вается так же, как и при операции Брендо, но пузырь отделяется книзу лишь на  $1-1\frac{1}{2}$  см, не больше. Верхний лоскут пузырно-маточной складки вовсе не отсепаровывается. После того как ассистент надавливанием на дно матки поста-



Рис. 71. Кесарское сечение по Дерфлеру. Пальцы, введенные в разрез, раздвигают мышечные волокна в стороны.

вил ее в срединное положение, ножом производится поперечный разрез передней стенки матки, обнаженной от серозного покрова. Разрез имеет длину в 2—3 см. В этот разрез вводят указательные пальцы обеих рук и раздвигают мышечные волокна в стороны, благодаря чему образуется щель в 6—7 см длины (рис. 71). Ножницами края щели несколько

удлиняются по направлению кверху и несколько в стороны, благодаря чему направление разреза получает дугообразную форму (рис. 72). Некоторые авторы не раздвигают мышцу матки тупым путем, а сразу производят дугообразный раз-



Рис. 72. Кесарское сечение по Дерфлеру. Удлинение разреза в стороны и несколько кверху.

рез при помощи скальпеля или ножниц. Тупое раздвигание мышц сопровождается меньшим кровотечением. Разрезу придают дугообразную форму для того, чтобы могущий возникнуть при извлечении плода надрыв стенки матки направился бы кверху; при продолжении разрыва в стороны может надорваться маточная артерия или вена. Плод извлекается как и

при операции Брендо, причем следует указать, что при поперечном разрезе рана зияет значительно больше, чем при продольном разрезе; благодаря этому в значительной степени облегчается извлечение плода. После извлечения плода края



Рис. 73. При помощи тупых зажимов края разреза приподнимаются над брюшной стенкой.

разреза захватываются тупыми зажимами и приподнимаются над брюшной раной (рис. 73). Благодаря этому предупреждается затекание содержимого матки в брюшную полость. Детское место как при операции Брендо, так и при этой операции удаляется выжиманием по Креде со стороны брюшной стенки. Сразу по извлечении плода в стенку матки вводится 1 г питуитрина; через 2—3 минуты со времени про-

изводства указанной манипуляции стенка матки сокращается и послед обычно отделяется. Выжимание по Креле в этих случаях способствует окончательному удалению последа из полости матки. Отделять рукой послед при описываемых методах кесарского сечения почти никогда не приходится. Удаленный послед проверяется, остатки его удаляются, маточная полость сухими компрессами освобождается от крови и от остатков оболочек. После извлечения плода и удаления последа маточная рана сокращается, имея в длину 4—5 см. Маточная стенка зашивается в два этажа. Первый этаж — узловатые мышечно-мышечные швы; второй этаж — также мышечно-мышечный непрерывный шов. Перитонизация и тут производится в два этажа. Сначала пришивается к маточной стенке верхний лоскут брюшины, прикрывающий разрез; поверх его пришивается нижний лоскут брюшины с мочевым пузырем.

Низкое кесарское сечение имеет перед классическим ряд преимуществ. Во-первых, целостность вод не имеет для исхода операции такого значения, какое оно имеет для классического сечения. Опирируя много раз при отошедших водах, мы не видели ухудшения послеоперационного течения. Во-вторых, стенка матки в нижних отделах — в перешейке и в шейке — значительно тоньше, чем в теле матки. В-третьих, нижний отдел матки не участвует в послеродовых сокращениях, и поэтому швы находятся в покойном состоянии, что благоприятствует хорошему первичному заживлению разреза матки. В-четвертых, при низком кесарском сечении, благодаря подвижности брюшины, достигается прекрасная перитонизация в два этажа, тщательно изолирующая маточный разрез от брюшной полости и гарантирующая попадание в последнюю возможного инфекционного содержимого матки. В-пятых, разрез нижнего отдела не находится по соседству с кишками, и возможность общего заражения брюшины значительно меньшая, чем при классическом кесарском сечении.

Вот почему большинство современных акушеров производят кесарское сечение в нижнем отделе. Наилучшей его модификацией, как я указывал, является операция Дерфлера, в основном описанная еще в 1882 г. Керером. Случаи послеоперационных сращений после этой операции чрезвычайно редки. Разрывы матки при последующей беременности встречаются в 10—15 раз реже, чем после классического кесарского сечения; средняя частота разрывов составляет 0,28% (Wetterwald).

В случаях явно инфицированных, сопровождающихся гнойными выделениями, высокой температурой, повышенным лейкоцитозом, ни одна из перечисленных опера-

ций не должна применяться, ибо она грозит смертельным осложнением для матери. При необходимости оперировать в этих случаях приходится совершать операцию Порро, которая заключается в том, что после вскрытия тела матки и удаления плода производится надвлагалищная ампутация матки.

Помимо этой калечащей операции, предложены различные способы, имеющие целью сохранить женщине матку, обеспечив ее в то же время от воспаления брюшины. Фонио в инфицированных случаях предлагает поступать следующим образом. После вскрытия брюшной полости париетальная брюшина пришивается к серозному покрову матки, оставляя непокрытым ею в середине участок в 2—4 см в диаметре. Разрез матки производится по средней линии и не сообщается со всей брюшной полостью. Зельгейм поступал несколько иначе. После вскрытия брюшной полости париетальная брюшина пришивается также к серозному покрову матки, но с таким расчетом, чтобы край париетальной брюшины оставался свободным на 1—2 см (рис. 74). Особое внимание Зельгейм уделял изолированию верхнего и нижнего углов раны. С этой целью вверху к маточной стенке пришивается не только париетальная брюшина, но и фасция. Снизу же он пришивает к матке вскрытую пузырно-маточную складку. Таким образом, разрез матки, производимый по средней линии, остается изолированным от брюшной полости. После удаления плода, последа и оболочек стенка матки не зашивается, а края разреза снова пришиваются к париетальной брюшине, край которой, как указывалось, оставался свободным (рис. 75). Таким образом, получается брюшно-стеночно-маточная фистула, изолированная от брюшной полости.



Рис. 74. Кесарское сечение по Зельгейму. Париетальная брюшина (Б) с обеих сторон пришивается к передней стенке матки (М).

В дальнейшем под влиянием перевязок матка очищается, и рана закрывается.

Французский акушер Порт предложил очень оригинальную по своей идее операцию. В инфицированных случаях после вскрытия брюшной полости матка выкатывается из последней; париетальная брюшина пришивается к задней



Рис. 75. Кесарское сечение по Зельгейму. Свободный край париетальной брюшины (Б) пришивается к соответствующему краю разреза маточной стенки.

стенке матки, приблизительно, на уровне внутреннего зева с таким расчетом, чтобы брюшная полость была закрыта наглухо (рис. 76). Ввиду того, что при таком перегибе матки во временную антефлексию сосуды перекручиваются, и кровообращение плода страдает, пришивание брюшины к матке необходимо совершить как можно быстрее. После этого продольным разрезом вскрывается передняя стенка резко антефлектированной матки. Благодаря резкой антефлексии воды и кровь не загрязняют раны. Извлекаются плод и плацента, зашивается брюшная стенка выше и ниже выведенной матки; матка остается лежать на брюшных покровах (рис. 77). Послеоперационный уход заключается в ежедневных перевязках. В дальнейшем матка очищается и вне брюшной полости продельвает обратную инволюцию; через 3—6 недель, в зависимости от того, к какому моменту матка очистится, приступают ко второму акту операции — к погружению в брюшную полость выведенной из нее матки. Для этого острым и тупым

путем разделяют сращения, образовавшиеся между брюшной стенкой и маткой с придатками (рис. 78 и 79). После удаления сращений матка с придатками погружается в брюшную полость, которая зашивается наглухо.

Помимо перечисленных внутрибрюшинных методов, предлагалось производить кесарское сечение и внебрюшинно

в надежде на то, что в инфицированных случаях микробы попадут не на серозный покров, а в клетчатку, которая, по представлению сторонников внебрюшинного кесарского сечения, является более устойчивой, чем серозный покров. При проверке это предположение оказалось ошибочным. Клетчатка менее устойчива против инфекции, чем серозный покров. К тому же при внебрюшинном оперировании почти в  $\frac{1}{3}$  всех случаев вскрывается брюшина, и, таким образом, цель операции не достигается. Достаточно велик и процент повреждений мочевого пузыря при этой операции. Поэтому внебрюшинное кесарское сечение не имеет широкого распространения.

Влагалищное кесарское сечение было предложено Дюрсеном. В настоящее время эта операция при доношенном или почти доношенном плоде совершается следующим образом. Влагалищная часть шейки матки обнажается зеркалами.

Производится продольный разрез передней влагалищной стенки, начинающийся на 1—2 см ниже мочеиспускательного канала и кончающийся у прикрепления переднего влагалищного свода к шейке. Тупым, а частично и острым путем, передняя стенка влагалища по бокам разреза отделяется от подлежащей ткани на ширину 1—1 $\frac{1}{2}$  см. Тупыми зажимами края перерезанной влагалищной стенки отводятся в стороны. Обнажается мочево-пузырь, который тупым путем отделяется кверху до появления пузырно-маточной складки (рис. 80). Отделенный пузырь подъемником оттесняется кверху; передняя губа шейки ножницами разрезается по средней линии от наружного зева и несколько выше внутреннего до места прикрепления брюшины к матке (рис. 81). После этого рукой входят в полость матки, разрывают плодный пузырь, делают поворот при подвигном плоде и его извлечение. При непод-

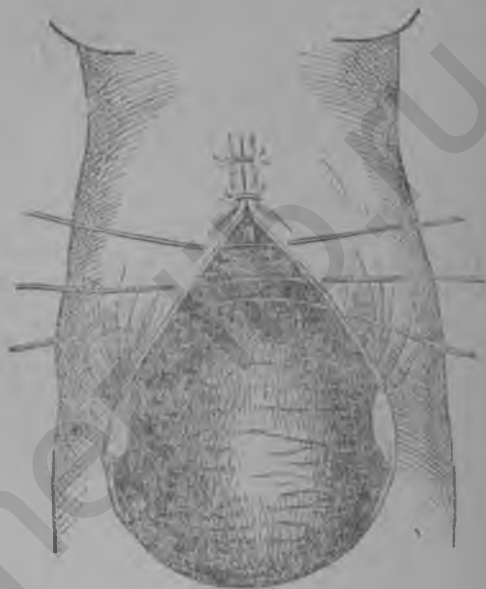


Рис. 76. Операция Portes'a. Матка выведена из брюшной полости и сильно перегибута кпереди.





Рис. 77. Операция Portes'a. Брюшная стенка зашивается выше и ниже выведенной матки, которая остается вне брюшной полости.



Рис. 78. Операция Portes'a. Зашитая брюшная стенка  
рассекается.

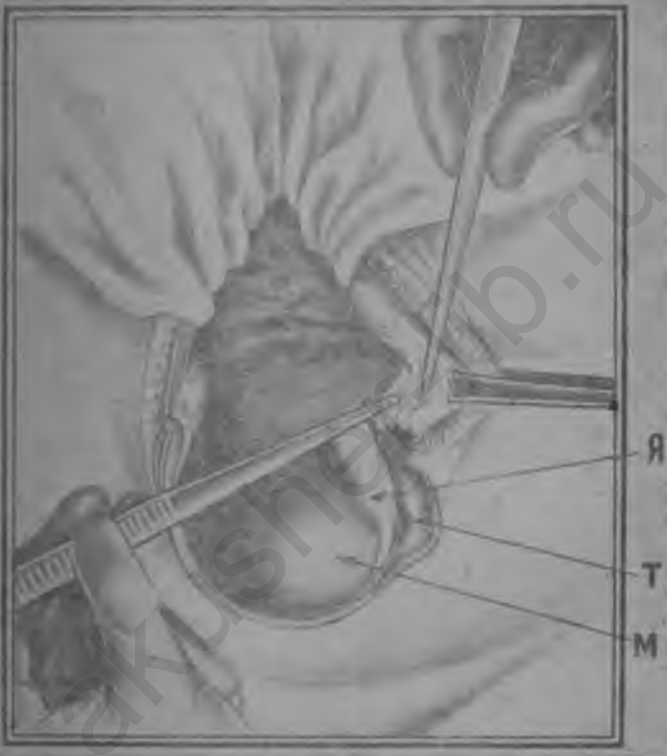


Рис. 79. Операция Portes'а: Разделяют сращения между брюшной стенкой и маткой с придатками: М — матка, Т — труба, Я — яичник.

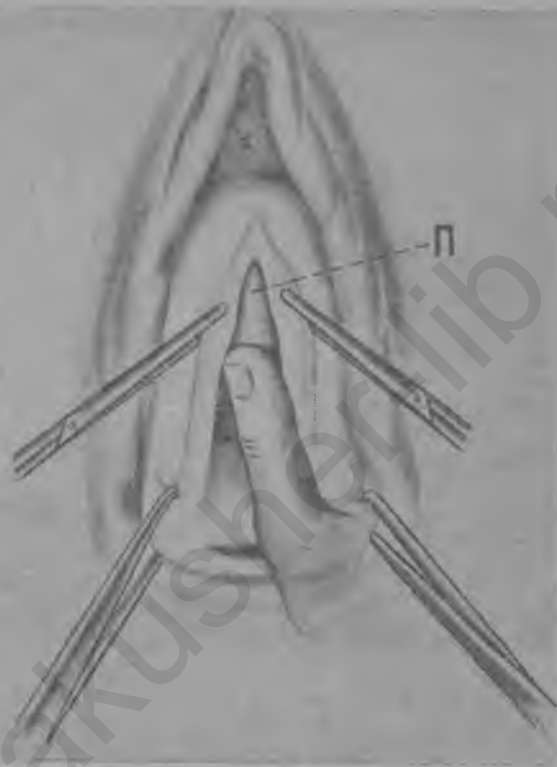


Рис. 80. Влагалищное кесарское сечение. Отделение мочевого пузыря (П).

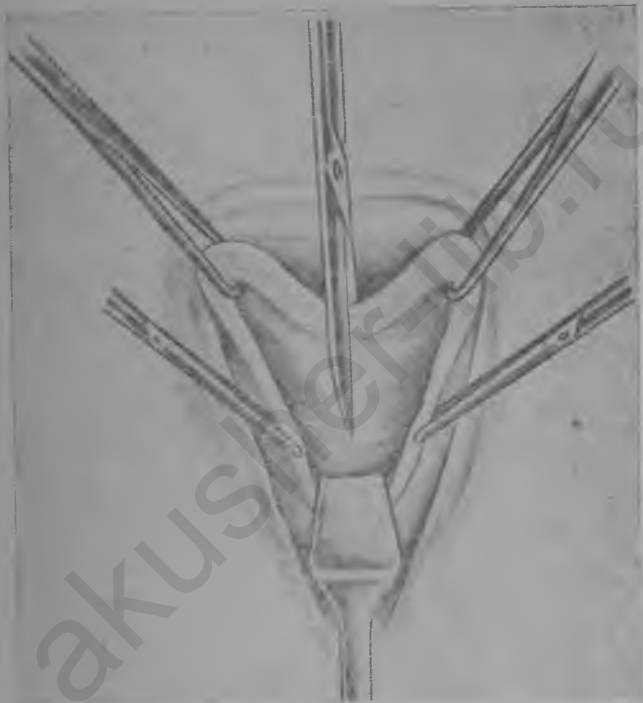


Рис 81. Разрезается передняя губа шейки матки.

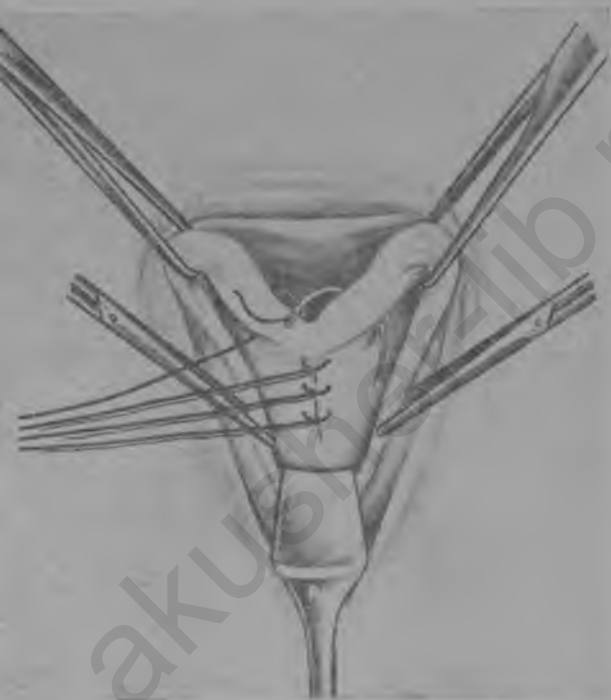


Рис 82. Защищается разрезания шейки



Рис. 83. Зашивается передняя влагалищная стенка.



Рис. 84. Влагалищное кесарское сечение по Heinsius'у  
Лейбчику.



вижной головке плод извлекается при помощи щипцов. Разрезанная шейка зашивается 2-этажным кетгутовым швом (рис. 82). После этого одним-двумя швами мочевого пузыря прикрепляется на свое место. Непрерывным узловатым швом зашивается разрез передней влагалищной стенки (рис. 83).

Если необходимо опорожнить матку при беременности средних сроков (4—6 месяцев), можно несколько видоизменить технику влагалищного кесарского сечения и пользоваться методом, предложенным Гейнсиусом. Первые моменты операции совершаются так, как было только что указано. После отделения мочевого пузыря кверху, отодвигают кверху, насколько возможно без ее надрыва, и пузырно-маточную складку. После этого разрезается передняя губа шейки матки и часть нижнего сегмента продольным разрезом. Наружный зев остается нетронутым. Чтобы облегчить производство указанного разреза, можно, по предложению Лейбчика, ввести в шейку расширитель и руководствоваться им при производстве разреза (рис. 84). После совершения разреза всей рукой входят во влагалище, два пальца вводят через образованный разрез в полость матки, отыскивают ножку плода, оперируя одновременно наружной рукой; извлекают плод, детское место и производят зашивание по указанному выше способу.

### **Преждевременная отслойка нормально прикрепленного детского места.**

Под преждевременной отслойкой нормально прикрепленного детского места подразумевают отделение от стенок матки, начавшееся еще до рождения плода. Преждевременная отслойка чаще всего имеет место в первом периоде родов, реже во время беременности и еще реже во втором периоде.

Отслойка начинается обычно с центральных участков плаценты, реже — с периферии. Между отслаивающейся плацентой и стенкой матки скопится кровь, образующая ретроплацентарную гематому (рис. 85). Количество скопившейся крови варьирует в широких пределах от десяти граммов до  $1\frac{1}{2}$  л и больше. При отслойке центральных участков плаценты кровь, скопляющаяся между плацентой и стенкой матки, не имеет выхода из матки; наружного кровотечения в этих случаях не будет. Но в дальнейшем, под тяжестью ретроплацентарной гематомы, отслойка может прогрессировать, в конце концов отслаивается и нижний участок плаценты; кровь попадает в полость матки, а оттуда, в незначительном, обычно количестве, наружу. Гематома, образующаяся между плацентой и маткой, может иногда найти себе выход и в сто-

рону серозного покрова; в таких случаях кровь, разможая и раздвигая мышечные элементы маточной стенки, проникает под серозный покров матки; в некоторых случаях нарушается серозный покров, и кровь попадает в брюшную полость, а также и между листками широкой связки.

Одним из этиологических факторов являются изменения сосудов и мышечных элементов матки. Сосуды представляются ломкими, капилляры местами расширены, местами сужены и свободны от крови. Мышцы матки, особенно в месте прикрепления плаценты, пронизаны экхимозами различной величины; между отдельными волокнами обнаруживается свежая кровь; местами мышечные элементы некротизированы. Тот факт, что в таких случаях находят изменения и в других органах (печень, почки), характерные для эклампсии, дал повод Бару, Брендо и другим считать указанные изменения явлениями токсического порядка.

Следующим этиологическим фактором преждевременной отслойки следует считать воспалительные изменения в *decidua*. Немаловажное значение имеет и травма в живот (удар, падение на живот и т. п.). Следует, однако, отметить, что травма может вызвать отслойку не сразу. Мы наблюдали беременную, у которой преждевременная отслойка произошла через 20 дней после того, как она попала под автомобиль, колесо которого произвело контузию живота несколько выше пупка. Отслойка во время родов может произойти из-за короткой или укороченной, вследствие многократного обвития, пуповины. В этих случаях при поступательном движении плода пуповина натягивается и увлекает за собой тот участок плаценты, к которому она прикреплена; происходит ее частичная отслойка, которая потом прогрессирует под давлением образовавшейся ретроплацентарной гематомы. Аналогичный механизм отслойки может наблюдаться при позднем разрыве пузыря; в этих случаях оболочки, натягиваясь под влиянием продвигающейся подлежащей части, увлекают за



Рис. 85. Преждевременная отслойка детского места.

собой и плаценту, вызывая ее отслойку. Преждевременная отслойка может произойти и при некоторых внутриматочных манипуляциях — при введении булжа, метрейринтера, передней ложки шипцов Килланда и даже при повороте, производящемся неопытной рукой. Внезапное уменьшение матки, наблюдающееся либо при быстром продвижении плода, либо после рождения одного плода при двойне, либо после отхождения вод, при многоводии, — также может способствовать отслойке детского места еще во время нахождения плода в полости матки.

Сосудистые изменения в плаценте и decidua, наблюдающиеся при декомпенсированных пороках сердца, хронических нефритах, заболеваниях щитовидной железы, сифилисе, миоме, могут повести к кровоизлияниям в слизистую оболочку и в детское место; указанные кровоизлияния могут нарушить связь между маткой и плацентой и способствовать ее отслойке.

Многие случаи преждевременной отслойки не сопровождаются клиническими симптомами и могут проходить незамеченными. Случаи, дающие определенный симптомокомплекс, требующий акушерского вмешательства, очень редки — 1 на 1000—2000 родов. По преимуществу (около  $\frac{3}{4}$  всех случаев) это осложнение встречается у многорожавших в последние 3 мес. беременности. Однако мы наблюдали случаи преждевременной отслойки после травмы и на 5—6-м месяцах.

Симптомы, наблюдающиеся при преждевременной отслойке, довольно характерны; тяжесть их в значительной степени зависит от величины отслоившегося участка плаценты. Основным симптомом будут явления острой анемии и коллапса. Больная иногда чувствует внезапную резкую боль в животе; она бледнеет, покрывается холодным потом, жалуются на недостаток воздуха, мелькание в глазах. Пульс становится малым, частым. Количество гемоглобина уменьшается.

Указанные явления тем более выражены, чем сильнее кровопотеря. Однако следует помнить, что, помимо кровопотери, имеют значение и явления шока, усугубляющие симптомы острой анемии. Наружного кровотечения может и не быть, так как во многих случаях периферические участки плаценты еще соединены с маткой. Даже в том случае, когда отслаивается и нижний край плаценты, наружное кровотечение невелико. Благодаря скоплению крови в матке, последняя быстро увеличивается, ее размеры не соответствуют сроку беременности. При пальпации матка в большинстве случаев представляется болезненной, резко напря-

женной; с одной стороны, в том месте, где образовалась ретроплацентарная гематома, прощупывается ясная пастозность; части плода определяются с трудом; сердечные тоны плода глухие, и при отслойке плаценты, захватившей  $\frac{1}{2}$  ее площади, вовсе исчезают.

Детская смертность при преждевременной отслойке превышает 50%. Опасность для матери также велика: материнская смертность колеблется от 5 до 20%.

Лечение заключается в быстром опорожнении матки. Если отслойка произошла во время беременности или в начале родов при недостаточно открытом зеве, во всех тяжелых случаях, сопровождающихся острой анемией, показано немедленное абдоминальное кесарское сечение, которое одно лишь в состоянии спасти мать. При наличии упомянутых раньше изменений маточной стенки, при пропитывании ее кровью приходится после удаления плода и последа производить полное или надвлагалищное удаление матки. При незначительной отслойке, не дающей картины острой анемии, можно ускорить раскрытие шейки разрывом пузыря и введением метрейринтера. Разрыв пузыря, способствующий уменьшению напряжения матки, в некоторых случаях сам по себе предотвращает дальнейшую отслойку плаценты. При полном открытии во всех случаях показано опорожнение матки через влагалище поворотом и немедленным извлечением при подвижном плоде и наложением щипцов при фиксированной головке. При мертвом плоде показана перфорация головки.

После рождения плода и последа возможно атоническое кровотечение, вследствие перерастяжения матки. Новая потеря крови является очень опасной для обескровленной уже роженицы и требует немедленной терапии.

### Плевистое прикрепление пуповины.

Плевистое прикрепление пуповины также может быть иногда причиной кровотечения во время родов.

Как показывает само название, пуповина, прикрепляющаяся обычно к плаценте, в этих случаях прикрепляется к оболочкам на большем или меньшем расстоянии от края плаценты; сосуды, соединяющие пуповину с плацентой, проходят между амнионом и хорионом и не защищены вартеновой студенью (рис. 86). Такая аномалия прикрепления пуповины, встречающаяся сравнительно часто, особенно при двойнях, в подавляющем большинстве случаев не играет никакой роли в патологии родов. В очень редких случаях при разрыве пузыря разрываются и пупочные сосуды, прохо-

дящие по оболочкам. Из разорванного сосуда возникает кровотечение, причем вытекает кровь плода (рис. 87); если не последует быстрое извлечение плода, он, будучи обескровленным, погибает. Опасность для плода заключается еще и в том, что при плевистом прикреплении, даже при отсутствии разрыва сосудов, опускающаяся головка может сда-

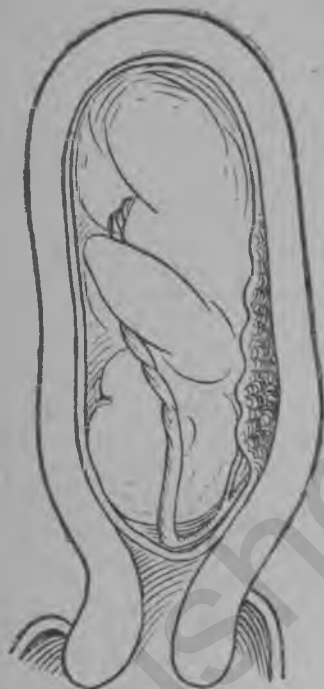


Рис. 86. Плевистое прикреплени  
е пуповины.



Рис. 87. Разрыв пупочных со-  
судов при плевистом прикре-  
плении.

вить пупочные сосуды и тем самым прекратить доступ крови к плоду.

Диагноз этого осложнения затруднений не представляет. Характерным представляется появление кровотечения впервые в момент разрыва пузыря. Это кровотечение продолжается и в дальнейшем. Сердцебиение плода ухудшается, и при продолжающемся кровотечении вовсе исчезает. Общее же состояние матери остается без изменений. При внутреннем пальцевом исследовании или при осмотре зеркалами иногда можно прощупать или увидеть пупочные сосуды, проходящие по оболочкам.

Быстрое родоразрешение еще может спасти плод. Так как разрыв пупочных сосудов при плевистом прикреплении ничем матери не угрожает, следует применять родоразрешающие операции, безопасные для матери. При полном открытии и подвижном плоде показан поворот с немедленным извлечением, при опустившейся в полость таза головке — наложение щипцов. При недостаточном открытии плод может быть извлечен путем влагалищного или абдоминального кесарского сечения. Эти операции, предпринимаемые в данном случае исключительно в интересах плода, должны быть произведены с согласия матери, предупрежденной о всех осложнениях, которые могут наблюдаться после кесарского сечения.

Если плевистое прикрепление пуповины диагностировано при внутреннем исследовании еще при целых водах, следует попытаться введением резинового баллона во влагалище воспрепятствовать раннему разрыву пузыря. В таком случае, если разрыв пузыря и пупочных сосудов произойдет при полном открытии, — налицо будут условия, позволяющие немедленно извлечь плод через влагалище.

Лопнувшие в варикозные узлы также иногда бывают источником кровотечения во время беременности, родов или в послеродовом периоде. Варикозные узлы могут располагаться на нижних конечностях, на наружных половых органах, во влагалище и на шейке. Кровотечение из лопнувшего узла обычно бывает очень обильным. Источник кровотечения легко устанавливается простым осмотром — при наличии узла наружных половых органов, или осмотром зеркалами — при расположении лопнувшего узла во влагалище или на шейке матки.

Лечение заключается в обкалывании кровоточащего места выше и ниже разрыва узла, очень удобно накладывание 8-образного шва. Тампонация, которая должна быть очень тугой, мало надежна и может быть применена лишь тогда, когда по каким-либо причинам нельзя произвести немедленного обкалывания; в этих случаях больную после тампонации следует немедленно направить в ближайшее лечебное учреждение, в котором можно произвести обкалывание лопнувшего узла. В очень редких случаях наблюдали лопание узлов, расположенных на уровне внутреннего зева и выше, приводившее к обильному, даже смертельному кровотечению в брюшную полость. При распознавании такого случая показана немедленная ляпаротомия.

Эрозии шейки матки могут сопровождаться кровянистыми выделениями во время беременности, настолько, однако, незначительными, что они не требуют никакого вмешательства. Но существование самой эрозии — момент неблагоприятный: при наличии вирулентной флоры эрозия может

осложнить течение послеродового периода. Поэтому эрозия во время беременности требует определенной терапии. Мы в таких случаях назначаем теплые спринцевания под невысоким давлением раствором формалина (1 чайная ложка 10-проц. раствора на 4 стакана воды) или молочной кислоты (1 чайная ложка на 4—5 стаканов воды); спринцевание целесообразнее всего проводить в консультации. Помимо спринцеваний рекомендуем влагалищные ляписные ванны (3—5-проц. раствор) через день.

Полипы канала шейки матки также могут быть причиной незначительных кровянистых выделений во время беременности. Полипы, обнаруженные в первые 8 месяцев беременности, следует удалять (откручиванием), так как в послеродовом периоде возможно их омертвление.

Рак шейки матки также может быть источником кровотечений во время беременности. Выбор терапии зависит от степени распространения ракового процесса. Обычно в этих случаях мы имеем дело с операбельным раком, при котором показана немедленная расширенная экстирпация матки, независимо от срока беременности с предварительным корпоральным кесарским сечением при жизнеспособном плоде. При далеко зашедшем процессе больную немедленно направляют для лучистой терапии; описаны случаи, в которых и после лучистой терапии плод продолжает развиваться. Роды при этом могут закончиться нормально; в других случаях, вследствие рубцевания шейки, приходится прибегать к кесарскому сечению.

### Кровотечение в третьем периоде родов.

Кровотечения, начинающиеся после рождения плода, могут зависеть от двух причин: 1) от нарушений механизма отделения последа и 2) от разрыва мягких родовых путей.

В третьем периоде родов различают два момента. В первом моменте послед отделяется от стенок матки, благодаря сокращениям последней, обычно наступающим вскоре после изгнания плода. Вполне отделившийся послед обычно выходит из полости матки в пассивную часть родового пути — в шейку или во влагалище; в редких случаях отделившийся послед остается в полости матки. Отделившаяся от стенок матки плацента может пролежать в половой трубке некоторое время, после чего появляются небольшой силы потуги, во время которых послед изгоняется из половой трубки — наступает второй момент. При отделении плаценты, начавшемся с края (отделение по Дункану), весь первый момент обычно протекает при некоторой кровопотере, в

нормальных случаях не превышающей 300—500 г. После полного отделения плаценты кровопотеря обычно прекращается. При центральном отделении плаценты (по Шулльце) в первом моменте выделения крови из половых органов обычно не наблюдается. В этих случаях после полного отделения последа вместе с небольшим количеством жидкой крови выделяется более или менее обильный сгусток — ретроплацентарная гематома. При отделении последа по Шулльце кровопотеря будет еще меньшей, чем при отделении по Дункану. О кровотечениях в третьем периоде родов будем говорить в тех случаях, когда кровопотеря интенсивнее обычной и превышает 500 г.

Послеродовые кровотечения происходят, главным образом, вследствие ненормального течения первого момента — отслойки плаценты от стенок матки. Пока плацента на всем своем протяжении соединена со стенкой матки, маточно-плацентарные сосуды и синусы не вскрываются, и кровотечения не будет. Последнее появляется, как только начинается отслойка плаценты от стенок матки. Вскрывающиеся при этом плацентарные сосуды и синусы могут быть зажаты лишь мышечными волокнами, переплетающимися при длительном интенсивном сокращении стенки матки. Длительное тетаническое сокращение может наступить лишь при

полном опорожнении матки от своего содержимого, т. е. после полной отслойки плаценты и выхода ее из полости матки. Периодические сокращения матки, направленные к отделению последа, кратковременны и редки и зажимают вскрывшиеся сосуды лишь на несколько моментов, после чего кровотечение возобновляется с новой силой.

Таким образом, до тех пор, пока не наступило полной отслойки и удаления последа из полости матки, вскрывшиеся сосуды не зажимаются, и кровотечение продолжается (рис. 88).

Отслойка плаценты может нарушиться вследствие мно-



Рис. 88. Кровотечение вследствие частичной отслойки плаценты.



гих причин. Одни из них являются следствием слабых и нерегулярных сокращений матки, недостаточных для полной отслойки последа. Это нередко наблюдается в тех случаях, когда мышечные элементы матки подверглись перерастяжению или чрезмерному раздражению в первом и втором периодах родов. Многоплодие, многоводие, крупный плод ведут к чрезмерному растяжению маточной мускулатуры и к извращениям ее сократительной способности. В этих случаях недостаточность маточной мускулатуры сказывается в течение всего процесса родов, являясь особенно грозной в третьем периоде. Сильные сокращения матки в первом и втором периодах родов, направленные на проведение плода через суженный таз, могут настолько истощить маточную мускулатуру, что она лишается способности в третьем периоде реагировать сокращениями на оставшуюся плаценту. Аналогично действует чрезмерное раздражение маточной мускулатуры, наблюдающееся при быстром опорожнении матки, при стремительных родах, при быстром извлечении плода щипцами, при поворотах с последующим извлечением и т. д. В этих случаях сокращения матки могут прекратиться еще и вследствие общего наркоза, под которым проводятся указанные операции. Наконец, атония матки в третьем периоде может явиться следствием грубых манипуляций медперсонала, стремящегося к быстрому изгнанию последа: неумелому выжиманию его по Креде, грубому массажу матки, потягиванию за пуповину и т. д. Поэтому необходимо привить врачебному и среднему персоналу мысль о необходимости выжидательного ведения третьего периода. Прикасаться к телу матки в третьем периоде допустимо только по специальным показаниям. При отсутствии кровотечения персонал в течение 2 часов после рождения плода должен держать „руки прочь от матки“.

Мы перечислили случаи недостаточных сокращений матки в третьем периоде, причины которых возникли во время беременности или родов. Но наряду с этим могут существовать изменения маточной мускулатуры, врожденные или приобретенные задолго до беременности. Недоразвитие маточной мускулатуры — одно из проявлений общего инфантилизма, вторичные изменения мышечных волокон на почве перенесенного воспалительного заболевания половой сферы, миоматозное перерождение стенок матки — вот факторы, нарушающие правильную функцию маточной мускулатуры. Очень опасно прикрепление плаценты в области подслизистого миоматозного узла. Этот участок недостаточно сокращается, вскрытые маточно-плацентарные сосуды не закрываются и могут служить источником сильнейшего крово-

течения. Пороки развития матки, раздвоение ее, наличие перегородки в полости матки нередко ведут к неправильному отделению последа. Особенно неблагоприятно полное или частичное прикрепление плаценты на перегородке полости матки. Такая перегородка содержит большое количество соединительно-тканых элементов, ее сократительная способность значительно снижена и не в состоянии способствовать закрытию маточно-плацентарных сосудов.

В других случаях неправильное отделение плаценты является следствием изменения последней. Обширная тонкая плацента, расположенная по большой поверхности матки, даже при правильных сокращениях маточной мускулатуры, не может так скоро отделиться, как плацента нормальных размеров. К тому же истонченная плацента представляет собою недостаточный раздражитель, на присутствие которого матка вовсе не реагирует или реагирует слабыми сокращениями. При расположении части плаценты в трубном углу этот участок обычно отделяется с трудом и мешает полному изгнанию последа. При изменении слизистой оболочки воспалительного порядка спонгиозный слой *deciduae* может быть плохо выражен; поэтому даже при правильных сокращениях матки отделение плаценты от ее стенок происходит медленно и с трудом и сопровождается более длительным, а следовательно, и более обильным кровотечением.

В очень редких случаях (1 раз на 15 тыс. родов) наблюдается сращение плаценты со стенкой матки. При полном приращении детского места оно от стенок матки самостоятельно не отслаивается, и кровотечения, следовательно, не наблюдается. При частичном приращении большая часть плаценты отделится; другая часть, сращенная со стенкой матки, отделиться не может, — задержит сокращение матки и будет служить источником кровотечения из вскрытых маточно-плацентарных сосудов.

Как мы видели, многие причины могут вызвать парез, или паралич маточной мускулатуры; следствием этого явится неполное отделение плаценты, происходит так называемая паралитическая задержка последа. В других, значительно реже встречающихся случаях, обычно под влиянием грубых манипуляций над маткой, после отделения плаценты произойдет спастическое сокращение кольцевой мускулатуры в области внутреннего зева, перешейка или контракционного кольца; в этих случаях плацента, отделившаяся от стенок матки, задержится в ее полости, вследствие спазма одного из указанных отделов; произойдет так называемая спастическая задержка последа. Из-за последа

стенка матки не в состоянии сократиться, маточно-плацентарные сосуды зияют и служат источником кровотечения (рис. 89).

Помимо неправильностей в отделении плаценты кровотечение в третьем периоде может возникнуть вследствие разрыва мягких родовых путей.



Рис. 89. Кровотечение вследствие спастической задержки плаценты.

Разрывы промежности и нижней трети влагалища обычно не сопровождаются обильным кровотечением. Лишь редко встречающиеся повреждения в области клитора могут быть причиной сильного кровотечения из-за нарушения расположенных тут венозных сплетений. Обычно же источником кровотечений являются глубокие разрывы шейки, при которых повреждается шеечная ветвь маточной артерии.

Кровотечение в третьем периоде требует от врача умения быстро ориентироваться в каждом случае, выяснить причину кровотечения и во-время применить соответствующее лечение. Выбор лечебного мероприятия зависит от характера кровотечения и его причины. Поэтому прежде всего необходимо выяснить, что является источником кровотечения — разрыв или неправильное отделение плаценты. Иногда характер кровотечения служит указанием на источник последнего.

Появление кровотечения. При разрыве — сразу после рождения плода, при неправильном отделении плаценты — спустя некоторое время.

Цвет крови. При разрыве — алый, при неправильном отделении плаценты — более темный.

Характер кровотечения. При разрыве имеем дело с артериальным кровотечением, и кровь выделяется постоянно; при неправильном отделении плаценты кровотечение паренхиматозное и непостоянное; кровь может выделяться порциями через более или менее длительные отрезки времени.

Сокращения матки, вызванные массажем ее, не

прекращают кровотечения, происходящего вследствие разрыва; кровотечение же из плацентарного ложа при сокращении матки прекращается или уменьшается, возобновляясь при дальнейшем расслаблении ее.

Приведенные отличительные моменты помогут нам составить предположение о причинах кровотечения, но это предположение должно быть, конечно, подтверждено данными объективного исследования.

Каковы бы ни были причины кровотечения, прежде всего необходимо удалить послед из половых органов. Даже в тех случаях, когда источником кровотечения является разрыв шейки матки, приступить к наложению швов целесообразно лишь после того, как будет удален послед; в противном случае при необходимости в дальнейшем произвести ручное отделение плаценты может произойти нарушение наложенных швов, которое вынудит прибегнуть к повторному зашиванию.

Установив описанные выше характерные особенности кровотечения, мы немедленно приступаем к выяснению вопроса о том, отделилось ли детское место от стенок матки. Как уже указывалось, отделившийся послед обычно покидает полый мускул и спускается в нижний отдел матки или влагалища. Наступление этого момента узнается по следующим признакам.

1. При отделении и опускании послода лигатура или зажим Кохера, наложенный на пуповину у самой вульвы, спускается вместе с пуповиной гораздо ниже; иногда пуповина даже отделившегося послода сворачивается и остается во влагалище; в таких случаях при очень легком потягивании она тут же выходит из влагалища.

2. Другой признак состоит в следующем. Ребро ладони ставится перпендикулярно к брюшной стенке сразу же над лобком и производит в таком перпендикулярном положении давление по направлению к спине; благодаря этому тело матки отходит кверху; если плацента не отделилась и находится в полости матки, пуповина при применении этого приема вытягивается во влагалище; если же плацента отделилась, то пуповина остается на месте или даже несколько опускается (рис. 90).

3. Наконец, форма и положение матки также могут иметь известное значение. При нахождении послода в полости матки последняя сохраняет шаровидную форму, дно ее находится на уровне пупка; при отделении плаценты и выхождении ее в нижний отдел половой трубки матка оплотневает, уплощается, ребра ее и дно становятся более острыми, придавая ей как бы форму треугольника, обращенного вершиной книзу; опустившейся плацентой вся матка выжимается из таза кверху, дно ее может находиться у подреберья, обычно правого.

Указанных трех признаков бывает вполне достаточно для решения вопроса о том, отделилась плацента или нет.

Удаление из половых органов отделившегося последа не представляет затруднений. С этой целью предлагают больной потужиться, приподняв одновременно несколько таз, упираясь ступнями ног в родильную



Рис. 90. Плацента не отделилась; при надавливании над лобком пуповина втягивается (пунктир) во влагалище.

кровать; нередко при этом отделившийся послед легко выходит наружу. Если этот прием не окажет эффекта, применяют способ Абуладзе (рис. 91), обеими руками собирают в складку всю толщу передней брюшной стенки вместе с прямыми мышцами, причем обе руки располагаются рядом: одна непосредственно над лобком, другая — выше, по направлению к пупку; благодаря этому приему повышается внутрибрюшное давление, чему помогает потуживание роженицы,

и послед выходит. Если и этот метод окажется безуспешным, заводят руку за дно матки, перпендикулярно к брюшной стенке, приставляя ее ладонью к маточному дну, надавливают на него ладонной поверхностью по направлению к лобку; благодаря этому тело матки поддается книзу и, наподобие поршня шприца, выталкивает послед из нижележащих отделов половой трубки (рис. 92). Перед применением этих приемов необходимо озаботиться об опорожнении мочевого пузыря;



Рис. 91. Применение способа Абуладзе.

Молочный пузырь может быть иногда причиной задержки отделившегося последа.

В тех случаях, когда неотделившийся или отделившийся послед находится еще в полости матки, перечисленные приемы бесполезны. Поэтому если плацента находится в полости матки, при кровотечении необходимо немедленно приступить к удалению последа. С этой целью применяют в строгой последовательности: 1) легкий массаж матки и инъекцию питуитрина, 2) выжимание последа по Креде без наркоза, 3) выжимание по Креде под наркозом и лишь при неуспехе этого последнего приема — 4) ручное отделение. Легкий массаж и инъекции питуитрина имеют целью вызвать сокращения

матки, способствующие отслойке плаценты. Массаж производится кончиками пальцев, производящими как бы щекочущие движения дна матки; при наступлении сокращений массаж прекращается и возобновляется через 2—3 мин. при расслаблении матки; одновременно вводится 1,0 питуитрина интрамускулярно или подкожно, или 0,5 — интравенозно. Эффект от массажа и инъекции питуитрина может наступить



Рис. 92 Отдавливаемое книзу тело матки вытесняет послед из влагалища.

не сразу; поэтому применение этих способов допустимо лишь в тех случаях, когда больная потеряла мало крови.

Если применение этих способов не вызывает отслойки плаценты, и кровотечение продолжается, — необходимо тут же перейти к следующему методу — выжиманию по Креде. Этот способ следует применять при опорожненном мочевом пузыре; матка переводится в срединное положение, при котором ее ось совпадает с белой линией живота; затем легким массажем добиваются сокращения матки. После этого вся матка захватывается полной рукой: 4 пальца последней под-

водятся под матку и ложатся на ее заднюю поверхность, большой палец находится на передней поверхности не в вертикальном, а в косом направлении. Захваченная таким образом плотная матка выжимается наподобие губки по направлению книзу и кпереди, причем надо следить за тем, чтобы выжималась, главным образом, верхняя часть матки; нижний

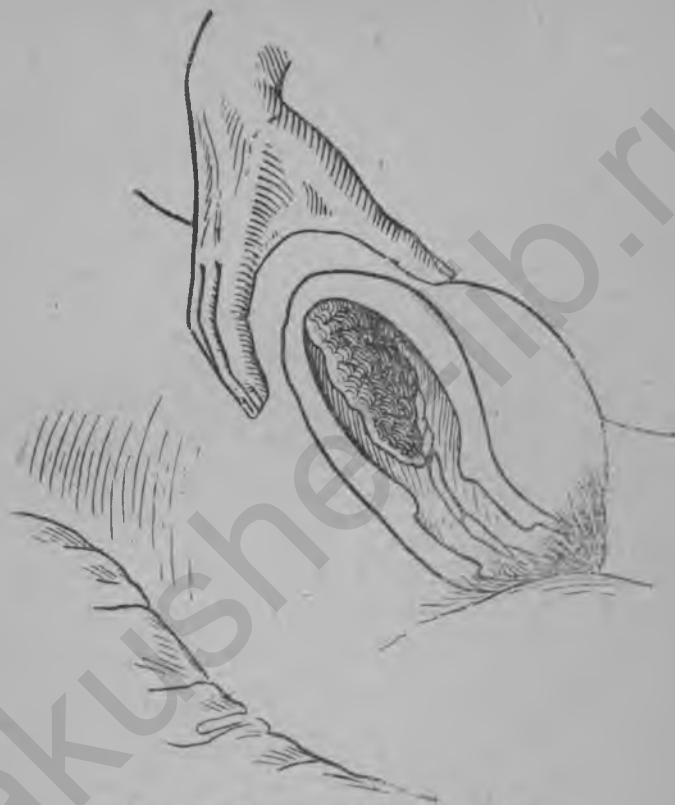


Рис. 93. Выжимание последа по Креде.

ее отдел должен оставаться свободным, иначе будет прегражден путь для продвижения отделившейся плаценты (рис. 93).

При прикреплении плаценты в трубном углу соответствующий рог матки оказывается выпяченным; в этих случаях полезно обхватить рукою не всю матку, а ее выпяченный рог, в котором находится плацента. Иногда матка оказывается настолько увеличенной (при двойне, при распространении плаценты по большой площади), что обхватить ее одной рукою невозможно и приходится производить выжимание



двумя руками: большие пальцы обеих рук располагаются по передней поверхности матки, а 8 пальцев — на ее задней поверхности; выжимание производится обеими руками одновременно. Давление руки не должно быть чрезмерным, чтобы не вызвать разможнения стенки матки. В момент отделения плаценты получается впечатление, как будто из-под руки ускользает подлежащая ткань; при неуспехе выжимания можно его повторить 2—3 раза. В очень многих случаях правильно проведенный выжим по Креде дает возможность выделить послед.

В Воронежской клинике в 1936 г. выжимание послеродового Креды было произведено 162 раза; неуспех наблюдался лишь в 39 случаях (24%), в которых вследствие непрекращающегося кровотечения пришлось прибегнуть к ручному отделению.

Неуспех в этих случаях может зависеть от нескольких моментов. Правильному захватыванию матки и выжиманию может препятствовать резко напряженный брюшной пресс; при ущемлении послеродового Креды в трубном углу выжимание также не всегда сопровождается успехом; не удается выделить послед и при спастическом состоянии нижележащего отдела матки. Поэтому при неуспехе выжимания необходимо повторить выжимание под наркозом, благодаря которому устраняются указанные моменты. В тех случаях, когда кровотечение не очень обильное и можно не спешить, уместно инъецировать морфия под кожу, после чего иногда наступает расслабление спастического отдела матки. Если же инъекция морфия окажется бесполезной и в тех случаях, когда обильное кровотечение требует немедленного опорожнения матки, больной дают глубокий наркоз, под которым и повторяются попытки выжать послед по Креде. В подавляющем большинстве случаев указанный образ действий ведет к успеху и избавляет акушера от необходимости входить рукой в матку. Последнее допустимо лишь после того, как выжимание послеродового Креды окажется безрезультатным. При наличии двух лиц медицинского персонала, один наркотизирует больную, после чего применяет способ Креды, другой же в это время моет руки для того, чтобы при неудаче выжимания послеродового Креды тут же войти рукой в матку и произвести ручное отделение плаценты.

Ручное отделение плаценты должно обязательно проводиться под наркозом тем более, что больная уже усыплена для предыдущей манипуляции. Мы настаиваем на наркозе по следующим соображениям. Без глубокого наркоза спастический нижний отдел матки не расслабляется и не дает возможности проникнуть в полость матки всей рукой; это

очень затрудняет ручное отделение и мешает быстрой и полной отслойке плаценты. В ручном отделении участвует не только рука, введенная в матку, но и рука, лежащая снаружи на матке; без наркоза же брюшной пресс напрягается, и манипуляции наружной руки невозможны; наконец, вхождение рукой в матку болезненно и иногда может вызвать шок.



Рис. 94. Рука по пуповине доходит до плаценты.



Рис. 95. Пилящими движениями руки отслаивается плацента.

Перед вхождением в матку обе руки тщательно дезинфицируются; на правой руке, вводимой обычно в матку, дезинфицируется не только кисть, но и предплечье до самого локтя. Больная помещается на поперечной кровати; наружные половые органы, лобок, бедра и промежность обмываются кипяченой водой или раствором формалина (1 : 4000), смазываются спиртом и иодом и покрываются стерильным бельем. Кисть правой руки складывается конусом; другая рука или рука ассистента, также тщательно дезинфицированная, широко раздвигает губы; правая рука вводится глубоко во влагалище до локтя и оттуда в матку. Недостаточное введение руки значительно затрудняет манипуляции в матке. Малоопытному акушеру нередко трудно бывает сразу разобраться и оты-

скать во влагалище края наружного зева и вход в матку. В этих случаях путь в матку укажет пуповина (рис. 94); последняя несколько натягивается наружной рукой; рука, введенная во влагалище, по пуповине проникает в полость матки и, либо дойдя до места ее прикрепления к плаценте, спускается вдоль последней к ее краю, либо же сразу, проникнув в матку, нащупывает край плаценты который в большинстве случаев оказывается уже несколько отделившимся от стенки матки; пальцы проникают между маткой и плацентой и отделяют последнюю на всем протяжении, производя как бы пилящие движения от правого края плаценты до левого; при этом плацента отслаивается шаг за шагом по направлению снизу вверх (рис. 95). Как только правая рука окажется у входа в матку, левая рука захватывает через брюшную стенку дно и тело матки и поддает их книзу по направлению к внутренней руке; перед тем как начать отслойку плаценты полезно при помощи массажа наружной рукой вызвать сокращение маточной мускулатуры; благодаря последнему внутренняя рука легко отличит плотную стенку матки от мягкой ткани плаценты и легко попадет при отслойке в соответствующий слой; к тому же сокращения матки сами по себе способствуют отслойке детского места. Когда последнее будет отделено на всем протяжении, оно загребается рукой, оттесняется книзу и при одновременном подтягивании левой рукой за пуповину выводится из влагалища (рис. 96); внутренняя рука не извлекается из матки: после удаления последа она снова обследует ту стенку матки, на которой располагалась плацента; если обнаружатся дольки ее, они тут же отслаиваются и выводятся наружу.

Если попасть в соответствующий слой между маткой и плацентой, отделение последней затруднений не представляет; приращения ее, при котором приходится разрушать пальцем плотные ткани между плацентой и маткой, крайне редки и встречаются, в среднем, один раз на 15 тыс. родов. Малоопытный акушер нередко склонен видеть приращение плаценты тогда, когда он не попадает в соответствующий слой и когда, разрывая ткань плаценты, а иногда и матки, полагает, что разрушает маточно-плацентарные сращения. Чтобы избежать этого и попасть в соответствующий слой, необходимо, как я уже указывал, найти край плаценты, который уже частично отделился, и вызвать манипуляциями наружной руки сокращения матки.

После ручного отделения последа мы всегда промываем полость матки дезинфицирующим раствором. Мы пользуемся 1—2 л горячей воды, температуры 50°C, к которой прибавляем несколько капель иода, пока не получится цвет

чая средней крепости. Промываем при помощи наконечника Фритш-Боземанна с двойным током. Вводить его в матку можно либо под контролем руки, либо под контролем глаза. Мы всегда пользуемся последним способом, как более бережным и более асептичным.

Влагалищная часть шейки обнажается зеркалами, дезинфи-



Рис. 96. Отделенный послед выводится из матки.



Рис. 97. Рукав Окинчида.

цируется; передняя губа захватывается пулевыми щипцами. Наконечник Фритш-Боземанна берется в правую руку и соединяется с трубкой от кружки, в которую налита жидкость для промывания; струя воды, вытекающая из наконечника, пускается на левую руку; когда начнет вытекать достаточно теплая вода, левая рука натягивает пулевые щипцы, наложенные на шейку, а правая вводит наконечник в матку; вводить следует осторожно, без всякого насилия, во избежание перфорации матки. Введенный до дна наконеч-

ник несколько оттягивается наружу (на  $1-1\frac{1}{4}$  см); при таком положении наконечника и производится промывание матки. Во время этой манипуляции несколько приподымается верхняя часть туловища больной. По окончании промывания мы вводим внутримышечно в ягодицу больной 2,0 молока, простерилизованного на водяной бане в течение 10 мин., или  $10\text{ см}^3$  крови больной.



Рис. 98. Рукав стянут вниз.

Опасность ручного отделения плаценты заключается в возможности внести в матку инфекцию из влагалища. Для избежания этого Окинчик пользуется специальным стерильным рукавом из материи, которым покрывается рука, входящая во влагалище (рис. 97). Когда рука дойдет до наружного зева, потягиванием за шнурки рукава раскрывают его верхнее отверстие и стягивают его вниз; рука при этом освобождается от рукава и проникает в полость матки, не проходя в соприкосновение с влагалищной стенкой (рис. 98). Можно применять рукав и без шнурков. В таком случае верхнее отверстие рукава зажимается верхушками пальцев введенной в него руки. У наружного зева пальцы разжимаются, и рука, освободившись от рукава, проникает в матку.

Промывание матки после ручного отделения является вполне уместным по следующим соображениям: 1) высокая температура промывающей жидкости вызывает сокращения матки, предохраняя от дальнейшего кровотечения и от проникновения инфекции в закрывшиеся сосуды; 2) прибавление иода к промывной жидкости оказывает известный антисептический эффект; 3) производя промывание, мы удаляем из полости матки сгустки крови и обрывки оболочек, которые могли бы задержать обратную инволюцию матки и являются, помимо того, прекрасной питательной средой для микробов. Наряду с указанными преимуществами, промывание матки является совершенно безопасным мероприятием. Мы ни разу не наблюдали никаких осложнений от этого метода, хотя применяем его достаточно широко.

Чтобы вызвать самостоятельное отделение плаценты, Майон более ста лет тому назад предложил вызвать набухание плаценты, вводя в нее жидкость. Габастон возобновил это предложение, рекомендуя вводить через пупочную вену в толщу плаценты 300 г стерильной жидкости, освобожденной от пузырьков воздуха, лучше всего физиологический раствор. Набухшая под влиянием введенной жидкости плацента, по его представлению, отслаивается от стенки матки; помимо этого, увеличение объема плаценты вызывает более мощные сокращения матки, также ведущие к отслойке плаценты. Однако эти теоретические соображения на практике мало оправдались. Мы, испробовав этот способ, быстро от него отказались, не получив удовлетворительных результатов; к тому же этот метод не является безупречным в отношении асептики. Будимич советует вместо физиологического раствора вводить в пупочную вену 300 см<sup>3</sup> 4,5-проц. раствор квасцов; по его мнению, благодаря этому, вследствие спазма сосудов прекращаются кровотечения и наступает быстрое отделение плаценты, так как она оплотневает и увеличивается в своем объеме.

Ручное отделение последа является мероприятием, значительно повышающим послеродовую заболеваемость и смертность. Поэтому прибегать к нему допустимо только после того, как правильно проведенное выжимание последа по Креде, без наркоза и под наркозом, оказалось безуспешным.

На нашем материале, на 1 родильницу, у которой производилось ручное отделение детского места, приходится 13,9 дня, проведенных ею после родов в клинике, против 8,9, проведенных родильницами при удалении последа по Креде.

При приращении плаценты ее ручное отделение может оказаться невозможным; в этих случаях при неуспехе ручного отделения приходится произвести удаление матки.

При кровотечении из разрыва шейки матки этот разрыв должен быть зашит. Как уже указывалось, зашиванию должно предшествовать опорожнение матки. Только при очень сильном кровотечении из разрыва, лишаящем возможности предварительно опорожнить матку, приходится сразу наложить швы на шейку. Я бы и в этих случаях рекомендовал наложить сначала 1—2 шва, достаточные для остановки кровотечения, потом отделить послед, после чего уже закончить дальнейшее зашивание. В противном случае швы, наложенные на шейку, могут представлять препятствие для последующего отделения последа.

Зашивание разрыва шейки производится следующим образом. Влагищная часть обнажается широкими короткими зеркалами: передняя и задняя губы шейки захватываются

пулевыми щипцами ближе к краю, на котором обнаружен разрыв. Натягивая пулевые щипцы, низводим шейку как можно ниже для того, чтобы сделать доступным зрению верхний угол разрыва; это значительно облегчается введением бокового зеркала. Первый шов накладывается на 0,5—1,0 см выше верхнего края разрыва; это необходимо потому, что

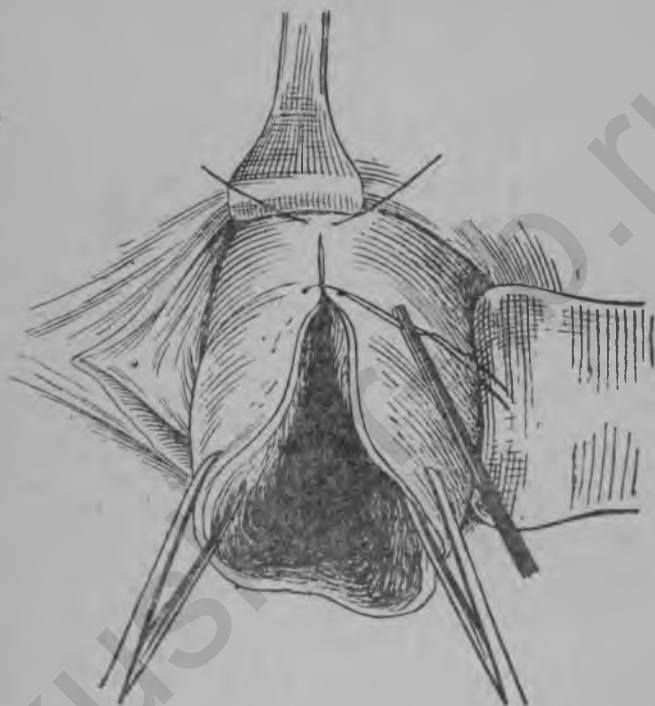


Рис. 99. Зашивание разрыва шейки.

разорвавшаяся артериальная ветвь сокращается и несколько отходит кверху; если трудно наложить шов так высоко, первый шов накладывается несколько ниже; потягивая за него, удастся еще больше низвести шейку, и, в конце концов, обнажить верхний угол разрыва и наложить шов несколько выше его (рис. 99). Остальные швы накладываются на расстоянии 0,75—1,0 см друг от друга; вкол делается в заднюю губу со стороны влагалища на 0,5 см кнаружи от края разрыва, выкол — со стороны канала шейки на 0,25—0,5 см кнутри от края разрыва; передняя губа также прокалывается, но в обратном направлении; при завязывании швов ассистент несколько

выворачивает внутрь пулевые шипцы для того, чтобы привести в соприкосновение друг с другом плоскости разрыва передней и задней губ. После наложения швов место разрыва смазывается 5-проц. иодной настойкой. Тампон во влагалище не вводится. При наличии сильного кровотечения из разрыва полезно прижать аорту, пока идут приготовления к зашиванию и пока опорожняется матка. В тех случаях, когда разрыв шейки, распространяясь вверх, переходит за пределы влагалищного свода, необходимо произвести введенной в матку рукой обследование нижнего сегмента. Если и он окажется поврежденным — налицо разрыв матки.

При этих глубоких разрывах, проникающих в параметрий, зашивание их со стороны влагалища может не остановить кровотечения: оно продолжается и после наложения швов; кровь скопляется в параметрии, образуя иногда значительных размеров гематому. В этих случаях необходимо произвести чревосечение, удалить гематому, перевязать маточную артерию и зашить разрыв; при значительном размождении нижнего сегмента целесообразнее произвести надвлагалищную ампутацию или удаление матки.

### **Атонические кровотечения после родов.**

Кровотечение из матки, начавшись в третьем периоде, может продолжаться и после отделения последа, либо впервые появиться лишь после полного опорожнения матки. В этом случае мы будем иметь дело с атоническим кровотечением. Последнее возникает нередко из-за неполного опорожнения матки: оставшиеся у стенки матки плацентарные дольки, а в редких случаях и оболочки, задерживают сокращения матки и ведут к кровотечениям из плацентарного ложа. Большинство же атонических кровотечений является следствием тех же причин, которые вызывают послеродовые кровотечения. Эти моменты были подробно изложены в предыдущей главе. Кровотечение после родов может также возникнуть вследствие того, что скопившиеся в полости матки сгустки крови мешают ее сокращениям. В этих случаях удаление сгустков выжиманием по Кр е д е прекращает кровотечение.

При появлении кровотечения вскоре после окончания родов прежде всего необходимо самым тщательным образом осмотреть плаценту; сначала осматривается маточная поверхность, на которой дефекты легко обнаруживаются; с особым вниманием осматривается как с материнской, так и с плодной стороны вся окружность плаценты по ее краю, у места прикрепления оболочек. Конечные ветви сосудов обычно не



заходят за край плаценты. Когда же сосудистая веточка переходит с плаценты на оболочки и, проходя по ним, оканчивается на некотором расстоянии от края плаценты, это служит указанием на наличие добавочной дольки. Если у окончания указанной веточки плацентарная долька отсутствует, то можно быть почти уверенным, что она осталась прикрепленной

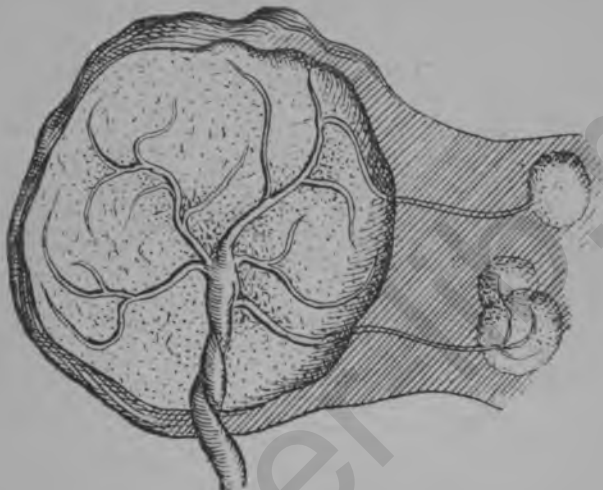


Рис. 100. Плацента с добавочными дольками; пунктиром обозначена отсутствующая долька.

к стенке матки (рис. 100). При задержке даже небольшого кусочка плацентарной ткани в матке показано немедленное вхождение рукой в ее полость для определения и удаления остатков плаценты, даже при отсутствии кровотечения.

Мы настаиваем на вхождении рукой в полость матки и ее контроле даже и в тех случаях, когда есть лишь подозрение на задержку плацентарной ткани в матке. Оставшаяся в матке плацентарная ткань может стать источником более позднего кровотечения, появляющегося на 5—6-й день послеродового периода.

Кровотечение в этом случае возникает вследствие того, что матка, сокращаясь, стремится освободиться от своего содержимого; благодаря сокращениям, часть плацентарной ткани отделяется, маточно-плацентарные сосуды вскрываются—возникает кровотечение. Последнее может быть настолько значительным, что потребует немедленного опорожнения матки. Отделение же от стенки матки остатков плаценты спустя несколько дней после родов очень опасное мероприятие, даю-

ще значительный процент заболеваемости и смертности. Как известно, через несколько дней после родов полость матки наводнена микробами; при отделении плацентарной ткани в это время нарушается образовавшийся грануляционный вал, вскрываются сосуды, и в них манипулирующей рукой вдавливаются, втираются микробы. Помимо этого, плацентарная ткань, остающаяся в матке, задерживая ее инволюцию, способствует длительным кровянистым выделениям, представляющим, наряду с оставшейся плацентарной тканью, прекрасную питательную среду для микробов. Проникающие в полость матки микробы благодаря этому могут значительно повысить свою вирулентность и служить источником тяжелой послеродовой инфекции. И действительно, во многих случаях после родовой септицемии и пиэмии в матке обнаруживаются остатки плаценты. Поэтому оставление в матке остатков плаценты является грубой ошибкой; она тем более недопустима, что отделение кусков плаценты сразу же после родов в тот момент, когда полость матки свободна от микробов, является менее опасным мероприятием, чем манипулирование в последние дни пуэрпериума.

Если кровотечение возникает, несмотря на самостоятельно отделившийся послед или если оно продолжается после ручного опорожнения матки — наши мероприятия имеют целью вызвать длительное стойкое сокращение матки.

Применяемые с этой целью манипуляции должны проводиться планомерно, в определенном порядке, начиная с простых и постепенно переходя к более сложным методам. Так как заранее в каждом отдельном случае трудно предвидеть атоническое кровотечение, вся применяемая для его остановки аппаратура и медикаменты должны быть всегда наготове. В противном случае, приведение в порядок и налаживание инструментария может затянуться и стоить жизни истекающей кровью больной.

Мы в нашей практике применяем следующие манипуляции в таком порядке.

1. Подкожные инъекции эрготина, корнутаина или секакорнина; сразу можно ввести до 2 см<sup>3</sup> препарата, повторяя, в случае нужды, инъекции в дальнейшем с промежутками в 10 мин., доведя общее количество до 6 см<sup>3</sup>. Одновременно с этим дается *extr. fluid. secalis cornuti per os* по 25 кап.; назначенная в таком виде спорынья медленно всасывается и удлиняет эффект введенного под кожу эрготина; параллельно с назначением препаратов спорыньи, можно впрыснуть и 0,5 — 1,0 см<sup>3</sup> питуитрина или другого препарата задней доли гипофиза.

2. Одновременно с этим производится массаж матки.

Массаж должен производиться очень легко, без грубого приосновения к матке. Массаж производится кончиками пальцев, как бы щекочущими дно, переднюю и заднюю стенки матки. Эти щекочущие движения производятся до тех пор, пока матка не станет плотной; тогда массаж прекращается, но рука все же не отнимается от матки; как только сокращение матки



Рис. 101. Резкий перегиб матки кпереди.

прекратится, и она снова станет мягкой, массаж возобновляется. Если при помощи массажа удастся вызвать длительное сокращение матки, обычно к последующим манипуляциям прибегать не приходится. При неуспехе этой манипуляции, когда матка вовсе не сокращается или сокращается недостаточно, и кровотечение продолжается, дальнейшее применение массажа бесполезно, и является вредной тратой драгоценного времени.

3. В таких случаях переходят к следующему, третьему методу — к внутриматочному горячему промыванию. Техника его была подробно описана в предыдущей главе при изложении техники ручного отделения последа. Количество жидкости при этом может быть доведено до 2—3 л. Промывание матки, удаляя из ее полости сгустки крови, обрывки оболочек и вызывая сокращения матки, нередко оказывает хороший гемостатический эффект, что узнается по светлой окраске вытекающей жидкости, не смешанной с кровью. Не всегда, к сожалению, этот эффект продолжителен.

4. Следующей манипуляцией является приведение матки в резкую антефлексию. С этой целью рука захватывает тело матки, как при приеме Креде, массаж вызывает его сокращение и наклоняет резко вперед, как бы перегибая за лобок (рис. 101). В таком положении матка удерживается либо рукой, либо пелотом, сделанным из полотенца, подкладной простыни и т. д. Этот пелот помещается сзади перегнутой кпереди матки, вплотную к ней, и в таком положении прибинтовывается полотенцем или широким бинтом.

При такой резкой антефлексии перегибаются маточные артерии, их просвет суживается, поступление крови к матке

снижается, кровотечение уменьшается; этому способствует еще и то обстоятельство, что наступающая при этом методе анемия матки иногда вызывает длительное сокращение ее мускулатуры.

Предлагаемое некоторыми авторами массирование матки над кулаком, введенным в ее полость, является очень грубой манипуляцией, могущей усилить парез мускулатуры; к тому же этот метод недостаточно асептичен.

5. При неуспехе перегиба матки переходим к тугй тампонаде маточной полости и влагалища. Успех от тампонации может получиться лишь в том случае, если она будет настолько тугой, что между стенкой матки и марлей не останется ни одного сантиметра свободного пространства; только тогда будет достигнута цель тампонады — тугое прижатие кровоточащего места, т. е. всей поверхности полости матки. Лучше пользоваться марлей, смоченной в стерильном физиологическом растворе; влажная марля, в противовес сухой, не будет всасывать кровь из зияющих сосудов стенки матки; для обескровленного организма повторная потеря даже небольшого количества крови может оказаться очень опасной.

Для тампонады употребляют широкий бинт — пальца в четыре ширины — длиной в несколько метров. После соответствующей дезинфекции влагалищная часть обнажается, передняя губа захватывается пулевыми щипцами; шейка дезинфицируется и подтягивается книзу до наружных половых органов с таким расчетом, чтобы вводимый в матку тампон не соприкасался со стенками влагалища. Длинным пинцетом захватывается край бинта, сложенный комом таким образом, чтобы часть марли выступала над концом пинцета; конец бинта доводится пинцетом до дна матки, которое находится



Рис. 102. Тампонация матки.

все время под контролем наружной руки, пинцет извлекается и продвигает новую порцию бинта ко дну матки, укладывая ее рядом с предыдущей порцией. Таким способом вся маточная полость туго заполняется марлей. Для того, чтобы бинт, вводимый в матку, не касался стенок влагалища и зеркал, он держится на весу проткнутым через его центр стерильным



Рис. 103. Тампонада матки по Дюрсену.

зондом (рис. 102). При наличии небольшого бикса можно тампонировать, не извлекая всего бинта из бикса. Дюрсен предложил стерильный бикс со своеобразным стержнем для тампонады матки (рис. 103). Вводить тампон в матку рукой мы не рекомендуем; эта манипуляция затруднительнее тампонады при помощи пинцета и менее асептична. За тампонирование матки, отталкивают шейку вверх, и матка занимает нормальное положение; пулевые щипцы снимаются.

После этого туго тампонируют своды и все влагалище; в заключение накладывается Т-образная повязка, плотно прижимающая тампон (рис. 104). Для этой цели кусок марлевого бинта обвязывается вокруг живота больной; другая — широкая марлевая полоска в два метра складывается вдвое и своей серединой перекидывается сзади через бинт, обвязанный вокруг живота. Свисающие концы этой полоски

проводятся между ногами, туго прижимаются к вульве и привязываются кпереди к бинту. Тампон в матке может быть оставлен на 6—12 час. Целесообразно после тампонады снова перевести матку в резкую антефлексию.

6. Если тампонада кровотечения не останавливает, через некоторое время бинт пропитывается кровью, которая начинает снова выделяться из влагалища. Тогда приступают к следующему моменту — прижатию аорты. Это может быть достигнуто несколькими способами.

А. Наложением жгута Момбурга. Жгутом может служить резиновая трубка толщиной в большой палец, а за неимением ее — обыкновенная резиновая трубка для кружки, сложенная

вдвое. Брюшная стенка несколько выше дна опорожнившейся матки туго перетягивается жгутом до исчезновения пульса на *art. femoralis*. При этом сдавливается аорта, кровоснабжение нижней половины туловища, а вместе с тем и матки, прекращается, и кровотечение останавливается. Помимо этого, анемия матки действует сокращающим образом на ее мускулатуру, что также является благоприятным моментом. Жгут Момбурга сдавливает не только аорту, но и кишечные петли и мочеточники. Поэтому его следует накладывать на непродолжительное время, максимум на 10—15 мин., в противном случае может наступить некроз кишечной петли или мочеточника, тромбоз вен.

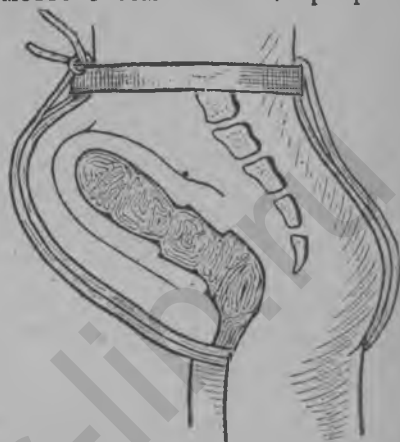


Рис. 104. Наложение Т-образной повязки.

Б. Ввиду этого предложены специальные аппараты — аорткомпрессоры, при помощи которых сдавливается только аорта, брюшные же органы остаются свободными. Наиболее простая модель —

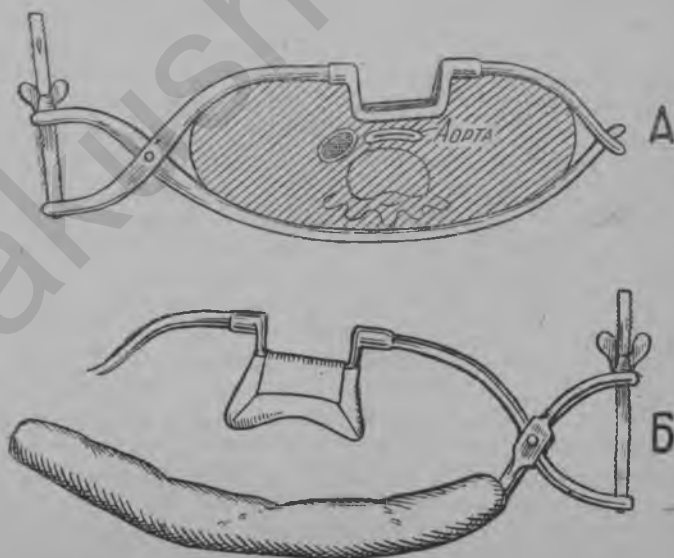


Рис. 105. Аорткомпрессоры: А — Серта, Б — Беккера.

аорткомпрессор Рисмана — представляет собою толстую деревянную пластинку с рукояткой и выемкой посередине, соответствующей приблизительно диаметру позвоночного столба. Прижимая указанный аппарат к позвоночнику, мы сдавливаем аорту, оставляя нетронутыми брюшные органы, лежащие по бокам от позвоночного столба. Более



Рис. 106. Прижатие аорты кулаком.

сложная модель — аорткомпрессор Зерта — состоит из 2 пластинок, соединенных между собой с одной стороны шарниром. Нижняя пластинка, обшитая кожей, подводится под спину больной в области поясницы, верхняя нависает над брюшной стенкой выше пупка; поворачивая винт, опускаем верхнюю пластинку, которая ложится на брюшную стенку и при дальнейших

поворотах винта туго прижимает аорту (рис. 105).

В. При отсутствии аорткомпрессора можно прижать одну лишь аорту, не задевая внутренностей, кулаком либо плотно прибинтованным к брюшной стенке пелотом из салфетки или полотенца, наложенным на аорту (рис. 106). Аорткомпрессор, или импровизированный пелот, может оставаться дольше жгута Момбурга (40 — 60 мин.). Ввиду сравнительной безвредности сдавливания аорты аорткомпрессором, кулаком или матерчатым пелотом, этот метод можно использовать еще до тампонады. При наступлении очень обильного кровотечения сразу же после родов можно все необходимые манипуляции (ручной контроль полости матки, промывание ее, тампонада и т. д.) производить, прижав одновременно аорту жгутом Момбурга или аорткомпрессором.

7. После безуспешной тампонации матки необходимо готовиться к седьмому, последнему способу — удалению матки. Те немногие минуты, в течение которых сдавлена аорта, необходимо использовать для стерилизации инструментов, мытья рук с тем, чтобы после снятия жгута или аорткомпрессора немедленно приступить к операции, как только снова появится упорное кровотечение. В этих случаях перевязка сосудов — единственный способ спасти больную. С этой целью достаточно сделать надвлагалищную ампутацию с оставлением придатков, во время которой перевязываются все приводящие сосуды: маточная артерия (у ребра матки), ветви внутренней

семенной артерии (вдоль трубы и собственной связки яичника), ветви наружной семенной артерии (вдоль круглой связки).

8. Предложенное Хенкелем захватывание маточных артерий через боковые влагалищные своды вряд ли может быть рекомендовано (рис. 107). Действуя втемную при этой манипуляции, можно повредить маточные сосуды и мочеточники. Фальсиа проверил способ Хенкеля на роженице сейчас же после ее смерти; оказалось, что с одной стороны клемм захватил мочеточник, а концы его проткнули маточную артерию, вызвавши кровотечение; на другой же стороне маточная артерия оказалась вовсе не захваченной.

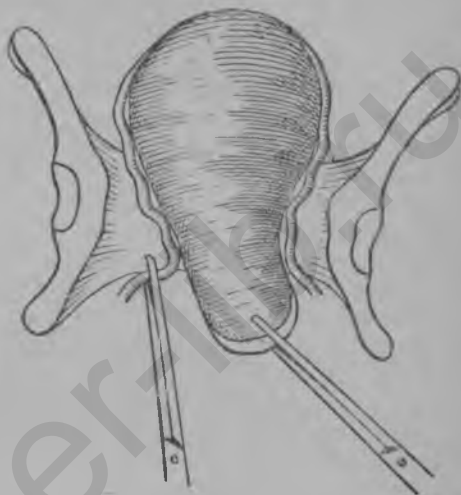


Рис. 107. Захватывание маточных артерий по Хенкелю.

Одновременно с применением указанных выше манипуляций можно ввести вещества, повышающие свертываемость крови: 10-проц. раствор хлористого кальция в вену в количестве 10 см<sup>3</sup>, 10—20 см<sup>3</sup> нормальной лошадиной сыворотки внутримышечно, 40 г стерильной желатины подкожно.

### Лечение острой анемии, вызванной кровотечением.

Остановка акушерского кровотечения не всегда означает устранение опасности для жизни больной. Острая анемия, развившаяся вследствие обильной потери крови, также требует применения срочных мер. Потеря крови может быть возмещена введением большого количества жидкости: физиологического раствора или 5-проц. раствора глюкозы. При анемии средней степени жидкость в количестве 500—800 см<sup>3</sup> вводится под кожу нижней части живота или наружной поверхности бедра, или, лучше всего, под грудную железу, несколько кнаружи и книзу от борозды между грудной железой и кожей грудной клетки.

Одновременно дают обильное теплое питье или назначают клизмы из 5-проц. раствора глюкозы. Вводить одновременно



более 800—1000 см<sup>3</sup> жидкости не рекомендуется во избежание ослабления сердечной деятельности; в случае необходимости через 30—40 мин. повторно вводят еще 500 см<sup>3</sup>. При резкой анемии жидкость (физиологический раствор или 5-проц. раствор глюкозы) с прибавлением 0,5 см<sup>3</sup> раствора адреналина (1:1000) вводится в вену. Жидкость можно вводить лишь после того, как кровотечение остановилось; в противном случае жидкость все равно удалится из организма, не оказав эффекта и представив лишнюю нагрузку для сердца.

При острой анемии вполне уместно переливание крови, причем в этих случаях мы предпочитаем не консервированную, а свежую кровь от донора. При резкой анемии должно быть перелито 400—500 см<sup>3</sup> крови; при больших кровопотерях меньшие количества не всегда дают удовлетворительные результаты. Переливание крови также должно быть произведено после остановки кровотечения. Лишь в тех случаях, когда при акушерском кровотечении делают чревосечение, к переливанию крови можно приступить сразу же после вскрытия брюшной полости; в этих случаях остановка кровотечения — дело нескольких минут; эффект же от переливания крови при острой анемии тем вернее, чем меньше времени паренхиматозные органы находятся в обескровленном состоянии. Опасность производства ляпаротомии при острых анемиях значительно снижается при одновременном переливании крови.

Чтобы не наступила анемия мозга, приподымается на 30—40 см ножной конец кровати больной. В таком положении она остается 12—24 часа. Для лучшего обеспечения кровью внутренних органов производится тугое бинтование верхних и нижних конечностей; начинают бинтовать с кисти или ступни и, постепенно поднимаясь вверх, как бы выдавливают кровь из конечности, перегоняя ее к центру (рис. 108). Пользуются при этом либо эластическими резиновыми бинтами, либо бинтами из французского батиста, либо обычными марлевыми бинтами. Бинты на конечностях можно оставить на 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—2 часа, после чего они должны быть медленно удалены; более длительное сдавливание и анемия конечностей может вызвать длительный парез, параличи, а иногда и частичный некроз.

Обескровленная родильница должна находиться под тщательным наблюдением в течение нескольких суток. Стойкие явления анемии могут потребовать повторных вливаний жидкости или повторной трансфузии.

Указанными мероприятиями удается спасти большинство обескровленных родильниц, потерявших 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—2 л крови. Описаны случаи, когда больные, потерявшие при внематочной беременности 3—4 л крови, остались в живых после перели-

вания. Такие случаи являются исключением. Потеря более 2 л крови в большинстве случаев угрожает родильнице гибелью. Успех от переливания тем надежнее, чем раньше оно будет произведено. Каждое родильное учреждение имеет возможность и должно наладить у себя переливание крови с тем, чтобы в

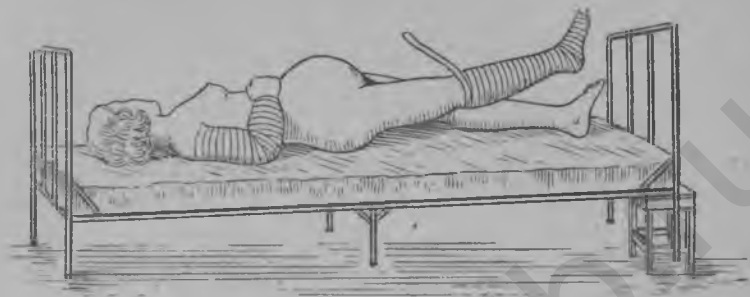


Рис. 108. Тугое бинтование конечностей.

случае острой анемии было немедленно приступлено к трансфузии, не теряя ни одной минуты после того, как кровотечение было остановлено. Всякое, даже незначительное, промедление может стоить жизни больной.

## УЗКИЙ ТАЗ.

Изменения костных родовых путей во многих случаях могут быть причиной тяжелых осложнений во время родового акта. Эти изменения касаются, главным образом, уменьшения размеров таза и изменения его формы.

Термин — „узкий таз“ — односторонен и не дает правильного представления о том, что совершается во время родового акта при этой аномалии. Как известно, в родовом акте помимо костных родовых путей принимает участие и плод, из частей которого для нас наибольший интерес представляет самая объемистая и плотная часть — головка. Несомненное значение имеет и состояние маточной мускулатуры и брюшного пресса, ритмические сокращения которых играют существеннейшую роль в течение родового акта. Поэтому, оценивая узкий таз, мы должны принимать во внимание не только анатомическое строение последнего, но величину и форму головки, ее способность к конфигурации, состояние маточной и брюшно-стеночной мускулатуры. Поэтому более приемлемым нам кажется термин: „несоответствие между тазом и головкой плода“. Понятно, что мы из всех частей плода принимаем во внимание головку, как наиболее крупную и плотную часть.

Вопрос о частоте узких тазов не может считаться решенным по целому ряду обстоятельств. Прежде всего необходимо указать на то, что разные авторы в основу своей статистики кладут разные данные для определения узкого таза. Одни устанавливают это понятие на основании наружной конъюгаты, другие — на основании внутренней; одни — уменьшение размеров на 1 см считают признаком узкого таза, другие же принимают во внимание только те тазы, размеры которых уменьшены на 2 см. Перечисленные моменты и приводят к тому, что мы имеем чрезвычайно пеструю статистику по этому вопросу. В то время, как одни исчисляют частоту узкого таза в 20 — 30%, другие приводят гораздо меньшие цифры — 2 — 5%. Конечно, публикуя ту или иную статистику, следует

принимать во внимание только те случаи, когда вследствие узости таза представились затруднения во время родов. Такие случаи встречаются обычно в 2—5% всех родов. На материале Воронежской клиники, узкие тазы встретились в 8,9%. Мы сюда причислили те тазы, конъюгата которых меньше 18 см. Малиновский, на материале Казанской клиники, тазы с конъюгатой в 18 см и меньше наблюдал в 13,1%. Необходимо также указать на то, что процент узких тазов за последнее время имеет тенденцию снижаться, что объясняется профилактикой тех заболеваний, которые служат причиной узкого таза.

Учение об узком тазе насчитывает давность, несколько большую 200 лет. Причины этого обстоятельства станут понятными, если вспомнить, что в прежнее время, в средние века, вскрытие трупов, особенно женских, было запрещено. Вследствие этого господствовал неправильный взгляд о том, что во время родов лобковые кости расходятся, благодаря чему таз как бы раскрывается и дает выход головке. Правда, еще в XVI веке Везалий и его ученик Арантиус отрицали это и указывали, что лобковые кости соединены довольно прочно между собой, но их учение не встретило одобрения со стороны современников; только в начале и в середине XVIII столетия, благодаря работам Девертера, этот вопрос получил настоящее разрешение. После этого появилось очень много работ, которые помогли в значительной степени выяснить не только вопрос об анатомическом строении узкого таза, но и вопрос о тех особенностях клинического течения родов, которые при нем наблюдаются.

Нет единства и в вопросе о классификации узких тазов. Одни предлагают классифицировать их по этиологическому признаку; такая классификация для клинических целей оказывается мало пригодной. К тому же не всегда возможно у взрослой женщины точно установить причину, вызвавшую изменение таза в период ее детства. Более пригодной, хотя не вполне удовлетворительной, является классификация, основанная на анатомическом принципе, классификация, предложенная Михаэлисом и уточненная Лицманном. Эта классификация с некоторыми изменениями и считается теперь общепринятой.

Прежде чем приступить к описанию отдельных форм узких тазов, необходимо напомнить о том, что представляет собою таз новорожденных; это окажется полезным, так как при некоторых аномалиях таза можно обнаружить черты недоразвившегося детского таза. У девочек вход в таз имеет скорее круглую, чем поперечно-овальную форму нормального таза; крестцовая кость девочек имеет менее выраженную вог-

нутость, чем крестцовая кость таза взрослой женщины. Нижние отделы несколько конвергируют книзу, благодаря чему выход из таза несколько суживается и принимает форму воронки. Крылья подвздошных костей менее развиты, чем обычно, и идут более круто, отвесно (рис. 109).



Рис. 109. Детский таз (схематически).

требуется для тех тазов, у которых все размеры уменьшены на одинаковую величину (рис. 110). Примерные размеры



Рис. 110. Равномерно-общесуженный таз (пунктир) в сравнении с нормальным тазом.

формы. Сюда относятся:

а) инфантильные тазы — тазы недоразвитых инфантичек. Для этих тазов, помимо равномерного уменьшения всех размеров, характерно все то, что обуславливает собою

Переходя к вопросу о классификации узких тазов, необходимо отметить, что очень трудно найти два таза, в мельчайших деталях похожие друг на друга, подобно тому, как чрезвычайно редко встречаются люди с совершенно одинаковыми чертами лица.

Различаются следующие группы узкого таза:

1. **Равномерно-общесуженные тазы.** Такое обозначение употребляется для тех тазов, у которых все размеры уменьшены на одинаковую величину (рис. 110). Примерные размеры такого таза: D. Spin. — 22,0; D. crist. — 25,0; D. troch. — 28,0; Con. externa — 18,0. Некоторые авторы прибавляют к этому обозначению еще и то, что тазы этой группы не сопровождаются изменением формы. Это далеко не всегда соответствует истинному положению вещей. Многие равномерно-суженные тазы сопровождаются, правда, не особенно заметными, но все же явными изменениями

недоразвитый таз: крылья подвздошных костей развиты несколько меньше обычного и идут более отвесно; вогнутость крестца не так ярко выражена; вход в таз имеет скорее круглую, чем поперечно-овальную форму. Наличие этого таза сопровождается и другими явлениями недоразвития: в этих случаях можно констатировать втянутую промежность, узкое влагалище, коническую шейку, маленькую, резко перегнутую кпереди матку. К ним очень близок по своему строению так называемый „лежачий“ таз, развивающийся у женщин, которые в период детства по тем или иным причинам были в течение долгого времени прикованы к кровати.



Рис. 111. Изменение лучезяпястного индекса.

б) Таз карлиц. Пропорционально-сложенные карлицы имеют все размеры таза меньше обычного; их таз как бы повторяет в миниатюре нормальный таз. Помимо пропорционально-сложенных карлиц с тазом нормальной формы следует различать карлиц на почве тяжелого рахита, на почве хондродистрофии. В этих случаях, наряду с измененным тазом, имеются и другие обезображивания скелета. Нормальная форма таза встречается лишь у тех непропорциональных карлиц, уродство которых вызвано недоразвитием щитовидной железы.

в) Таз женщины нежного телосложения. В этих случаях, если судить по наружным размерам, таз, действительно, представляется уменьшенным. Но это уменьшение только кажущееся, ибо у них кости скелета, вообще, и кости таза, в частности, тоньше обычного. Поэтому уменьшение наружных размеров таза ни в коем случае не означает уменьшения внутренних размеров. О толщине костей можно судить по лучезяпястому индексу, который представляет собою



Рис. 112. Просто плоский таз. Крестец целиком отошел кпереди (пунктир).

окружность предплечья, измеренную лентой непосредственно выше запястья (рис. 111). Этот индекс у женщин с нормально развитой костной системой равняется 14 см. Если констатируется общее сужение таза у женщин с тонкой костью, у которых лучезапястный индекс меньше 14, можно считать, что внутренние размеры таза в этом случае не представляют значительных отклонений от нормы.

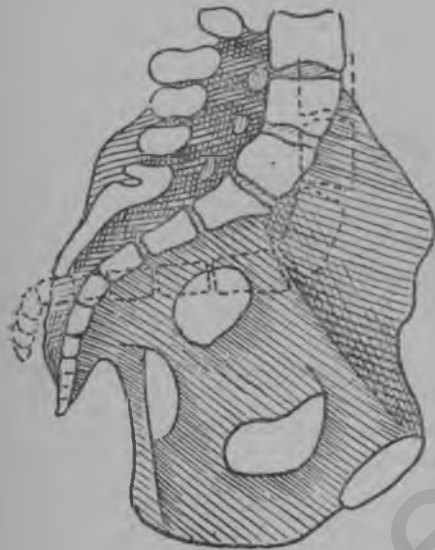


Рис. 113. Плоскорихитический таз; верхняя часть крестца подалась вперед, нижняя часть отошла назад (пунктир).

**2. Плоскосуженные тазы.** К плоскосуженным тазам относятся те, у которых уменьшен прямой размер. Здесь мы различаем следующие разновидности:

а) Просто плоский таз, при котором уменьшаются прямые размеры входа, полости и выхода, не сопровождаясь никакими другими изменениями таза: d. sp. — 24, d. cr. — 27, d. tr. — 30, c. ext. — 17. Происходит это, очевидно, потому, что под влиянием каких-то факторов крестец целиком подается вперед параллельно своей оси (рис. 112).

Этиология просто плоского таза недостаточно выяснена. Некоторые авторы считают, что и в этих случаях заболевание рахитом играет выдающуюся роль. Несомненно, однако, тот факт, что такая форма таза часто встречается у тех женщин, которые с юных лет, еще до сформирования скелета, выполняли тяжелую физическую работу. Такая же форма таза наблюдается и при двухстороннем вывихе тазобедренного сустава — это так называемый люксационный таз. У таких женщин походка довольно характерная, напоминающая собою утиную.

При просто плоских тазах сужение редко достигает больших размеров, и большинство таких тазов значительных затруднений во время родов не представляет.

б) Гораздо большее значение в патологии родов имеет плоский рахитический таз, этиологией которого, как указывает само название, является перенесенный в детстве рахит. Изменения таза здесь, в противоположность преды-

дущей форме, происходят потому, что вперед подается только верхняя часть крестца, задняя же часть его отходит несколько кзади; получается впечатление, как будто крестец перегнулся вперед по проходящей через него справа налево оси (рис. 113). Благодаря этому оказывается суженным только

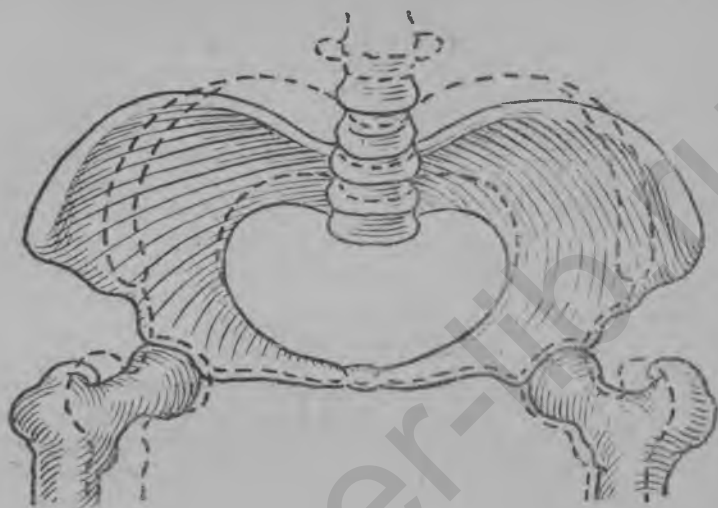


Рис. 114. Плоскорихитический таз; пунктиром обозначены контуры нормального таза.

вход в таз, принимающий почкообразную форму; полость таза и выход из него, наоборот, могут оказаться даже увеличенными. Крылья подвздошных костей при этом несколько раздаются в стороны и не достигают обычного развития. Благодаря тому, что крылья подвздошных костей несколько поворачиваются кнаружи, разница между *d. spinarum* и *d. cristarum*, составляющая обычно 3 см, уменьшается или вовсе сглаживается (рис. 114). Резко уменьшенным оказывается и размер наружной конъюгаты, достигающий 17 см и меньше. Таким образом, плоский рахитический таз может иметь следующие размеры: *D. Spin.* — 27 — 28; *D. crist.* — 28 — 29; *D. tr.* 31 — 33; *Con. ext.* — 17 и меньше.

Наклонение таза больше нормального. Крестец при этой форме таза резко меняет свою конфигурацию. Вместо красивой вогнутости он представляет прямую линию с изломом в месте его соединения с копчиком. Излом происходит по следующей причине. При наклонении верхней части крестца вперед нижняя часть крестца вместе с копчиком стремится отойти назад. Отхождению копчика кзади препятствуют *lig.*



spinoso-coccyg et tuberoso-coccyg., благодаря чему происходит изгиб между копчиком и крестцом.

При рахитическом тазе обнаруживаются и другие изменения, вызванные рахитом. Уже из анамнеза выясняется,

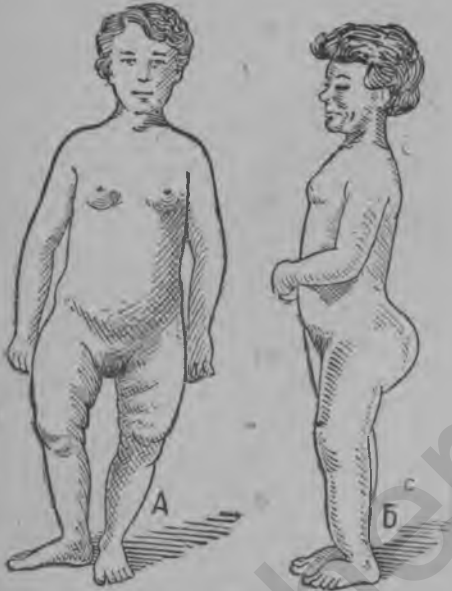


Рис. 115. Резко выраженные рахитические изменения скелета (Брендо).

что больная стала ходить позже обычного. При исследовании скелета констатируются определенные характерные изменения: голова представляется квадратной, в некоторых случаях переносица несколько вдавлена, грудина либо выпячена вперед (куриная грудь), либо вдавлена (сапожная грудь); на ребрах прощупываются четки-утолщения на границе между хрящевой и костной частью ребра. Позвоночник нередко представляется сколиотическим с резким лордозом в области поясницы; верхние и, особенно, нижние конечности искривлены либо в форме буквы „О“, либо в форме буквы „Х“ (рис. 115). Вследствие искрив-

ления позвоночника и нижних конечностей, рахитичка отличается низким ростом; ромб Михаэлиса уплощен вследствие уменьшения или сглаживания верхней его половины; руки и ноги толсты; вследствие расхождения в стороны крыльев подвздошных костей значительно увеличивается расстояние между большими вертлугами; такая женщина может произвести на неопытного человека впечатление обладательницы широкого таза.

Механизм изменения таза при рахите недостаточно выяснен. Одни считают, что верхняя часть крестца при рахитическом тазе подается вперед вследствие того, что из-за размягчения костей она не выдерживает давления, оказываемого на нее во время сидения и ходьбы верхней частью позвоночника. Однако то обстоятельство, что изменения, свойственные рахитическому тазу, обнаруживаются иногда у детей, еще не начавших ходить, не дает возможности принять указанное объяснение для всякого рахитического таза.

Керер считает, что верхний отдел крестца и поясничная часть позвоночника подаются вперед вследствие резкого напряжения *m-li psoatis majoris* (рис. 116); разворачиванию же крыльев подвздошных костей кнаружи, помимо этого, способствует еще и перенапряжение *m-li glutaеi minimi* (рис. 117). Перенапряжение мышц, вообще, и указанных, в частности, при рахите может быть объяснено обеднением организма кальцием.

Наконец, не исключена возможность и врожденного рахита, и следовательно, врожденной деформации таза.

в) **Общесуженный плоский таз.** Как показывает само название, в этих случаях имеется комбинация общесуженного и плоского таза; все размеры данного таза — и поперечные и прямые — уменьшены, но прямые уменьшены в большей степени, чем поперечные. Примерные размеры общесуженного плоского таза таковы: *d. sp.* — 22,0 — 23,0; *d. cr.* — 25,0 — 26,0; *d. tr.* — 28,0 — 29,0; *Con. ext.* — 17 — 16. Эта форма таза, обязанная своим происхождением также главным образом рахиту, вызывает наиболее тяжелые осложнения во время родового акта.

**3. Кососуженные тазы.** При кососуженных тазах наблюдается неодинаковая величина правой и левой половин таза; помимо этого весь таз оказывается несколько скошенным.

Такие тазы могут наблюдаться: а) В тех случаях, когда в детстве, вследствие анкилоза тазобедренного сустава, вывиха его, перелома и укорочения бедренной кости, девочка хромает на одну ногу (рис. 118). В этих случаях одна половина таза испытывает большее давление, чем другая; так как в детском возрасте кости таза еще не вполне окостенели, последний под влиянием неравномерного давления смещается в одну сторону. б) Сколиоз позвоночника в одну сторону вызывает компенсаторный сколиоз в другую сторону; при локализации сколиоза в поясничной части поз-



Рис. 116. Напряженный *m-lus psoas* увлекает кпереди поясничную часть позвоночника и верхний отдел крестца.

воночника компенсаторный сколиоз, наблюдающийся в крестцовой части его, ведет к искривлению таза (рис. 119). Сколиоз образуется либо на почве рахита, как об этом уже упоминалось, либо возникает вследствие того, что девочка при сидении в школе, например, постоянно занимает неудобное положение, сопровождающееся сгибанием позвоноч-



Рис. 117. Перенапряженный *m. — lus glutalul minimul* увлекает в сторону крыло подвздошной кости.

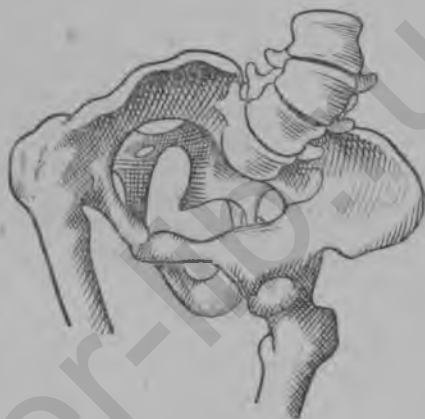


Рис. 118. Коксальгический таз. (Бумм).

ника. в) При так называемом „негелевском тазе“, при котором смещение таза происходит вследствие отсутствия одного из крыльев крестцовой кости (рис. 120); указанный дефект возникает во внутриутробной жизни вследствие недоразвития соответствующего ядра окостенения. В редких случаях исчезновение крыла крестцовой кости и анкилоз крестцово-подвздошного сочленения происходит вследствие поражений, возникших уже во внеутробной жизни.

Первые формы — коксальгический и сколиотический тазы — редко представляют затруднения при родах; „негелевский“ же таз может значительно осложнить роды и затруднить продвижение головки.

При наличии кососуженного таза ромб Михаэлиса оказывается несколько скошенным, а лобок смещенным в сторону. При внутреннем исследовании мыс также оказывается смещенным в сторону, причем одна половина безы-

мянной линии достигается легче другой. Расстояния от верхней передней подвздошной ости одной стороны до верхней задней ости противоположной стороны неодинаковы; также неодинаковы размеры, соединяющие вершину ромба Михаэлиса с правой и левой передне-верхней подвздошной остью; различны и размеры, соединяющие верхний край симфиза с правой и левой верхне-задней остью.

**4. Поперечносуженный „робертовский таз“.** Крайне редкая форма узкого таза; она происходит вследствие отсутствия обоих крыльев крестцовой кости (рис. 121). Поперечносуженный таз, при котором поперечные размеры сужены, представляет в большинстве случаев непреодолимые затруднения для родов; практическое значение его, однако, невелико, так как он встречается исключительно редко; Груздев нашел в литературе сообщения всего о 10 случаях такого таза.

**5. Спондилолистетический таз, описанный**

**Килианом.** Такие тазы образуются вследствие того, что 5-й или, реже, 4-й поясничный позвонок соскальзывает кпереди, увлекая за собой весь верхний отдел позвоночника; это происходит из-за возникновения щели в области дужки позвонка между передними и задними суставными плоскостями его: позвонок как бы раскалывается надвое. Вследствие этого тело позвонка и передняя часть дужки соскальзывают кпереди; задняя часть дужки и остистый отросток остаются на месте (рис. 122). В тех случаях, когда указанное соскальзывание резко выражено, позвоночник нависает над входом в таз, покрывая его больше, чем наполовину. Получается так называемый *pelvis obtecta* — закрытый таз (рис. 123).

Обычно спондилолистетический таз является врожденным, вследствие внутриутробного разрушения среднего ядра окостенения 5-го или 4-го поясничного позвонка; в редких



Рис. 119. Сколиотический таз (Бумми).

случаях разрушение позвонка происходит во внеутробной жизни.

Внешний вид таких больных представляется довольно характерным: нижняя часть туловища кажется значительно меньше верхней половины тела; ромб Михаэлиса совершенно сглаживается, остистые отростки крестца и задние ости подвздошных костей выступают особенно резко; в области поясницы нередко заметен обширный втянутый рубец (рис. 124). Наклонение таза очень незначительно; половые органы смещаются кпереди — к лобку.

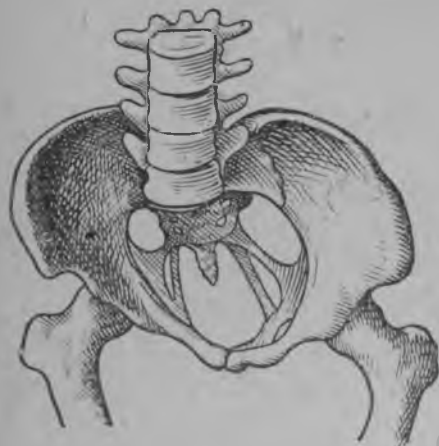


Рис. 120. Нечелевский таз (Бумм).

Разница между *dist. spinarum* и *dist. cristarum* больше обычной и может достигать 5—6 см; при внутреннем исследовании ясно прощупывается отошедший кпереди мыс и нависающая над входом в таз верхняя часть позвоночника.

6. Так называемые **воронкообразные тазы**. Для этих тазов характерна воронкообразная форма полости таза с нормальным или несколько расширенным входом и суженным выходом.

Сюда относятся: а) мужской таз. Для мужского таза характерна высокая и глубокая полость, слабо выраженная вогнутость крестца, которая приближается к прямой линии.

Благодаря этому крестец

как бы выпрямляется, мыс стоит выше обычного. Полость таза, имеющая воронкообразную форму, несколько суживается книзу. Крылья подвздошных костей идут круче обычного. Весь таз, как и остальной костяк, представляется более массивным.



Рис. 121. Поперечносуженный таз (Бумм).

Такие тазы наблюдаются у крупных, мужеподобных женщин, у которых имеются и другие явления интерсексуализма. Этот таз, обычно, не представляет затруднений при родах. б) Так называемые ассимиляционные тазы, при которых крестец как бы ассимилирует, присоединяет к себе либо 5-й поясничный позвонок (верхняя ассимиляция), либо 1-й копчиковый позвонок (нижняя ассимиляция). Благодаря ассимиляции крестец состоит не из 5, а из 6 сросшихся между собою позвонков; вполне естественно, что в этих случаях полость таза оказывается более глубокой, чем обычно. Ассимиляционные тазы, встречающиеся, по видимому, нередко, в большинстве случаев не представляют затруднений при родах, если они не комбинируются с другими изменениями. В некоторых случаях при ассимиляционном тазе возможно сращение или анкилоз крестцово-копчикового соединения; это приводит к тому, что во время прохождения головки копчик кзади не отходит, прямой размер выхода не увеличивается, и роды могут затянуться. в) Кифотические тазы. Кифоз в одной части позвоночника компенсируется лордозом в другой части. Если кифоз локализуется в шейной части или верхнем отделе грудной части позвоночника, лордоз приходится на область поясницы или нижнего отдела грудной части позвоночника. В этих случаях таз больших изменений не представляет, и роды при этом могут проходить совершенно гладко. Если же кифоз локализуется ниже (в нижнем отделе грудной части позвоночника, либо в поясничной части), компенсаторный лордоз произойдет в крестцовой части. При этом верхняя часть крестца отклонится назад, нижняя часть крестца и копчик отойдут вперед; это может привести к значительному сужению выхода, который в ярко выраженных случаях может представлять значительные затруднения для прохождения головки; последняя, легко пройдя вход и полость таза, задерживается у выхода повернутыми кнутри седалищными буграми (рис. 125).



Рис. 122. Спондилолистетический таз. Соскальзывание пятого поясничного позвонка (схема).



Рис. 123. Закрытый таз (Бумм),

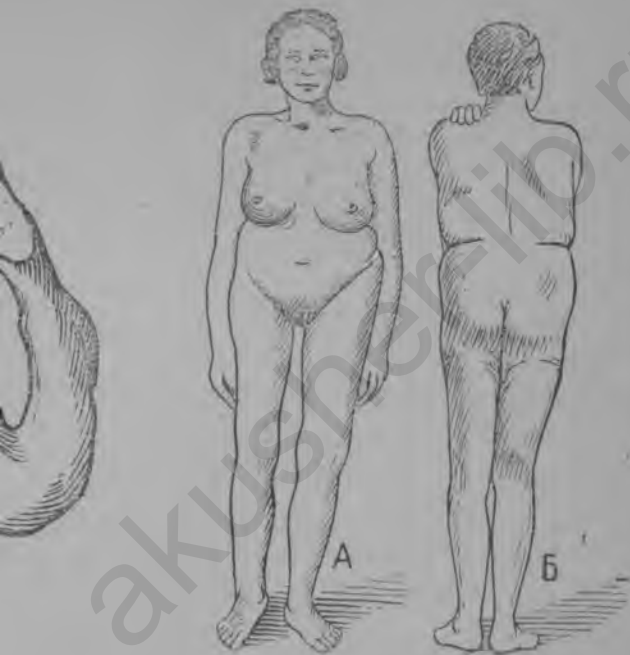


Рис. 124. Снимки женщины со спондилолистезическим тазом (Брендо).



При воронкообразных тазах чаще обычного наблюдается поперечное стояние головки в нижних отделах таза и переднеголозное предлежание. Установление кифотического таза в подавляющем большинстве случаев никаких затруднений не представляет. Наличие кифоза в указанных отделах позво-

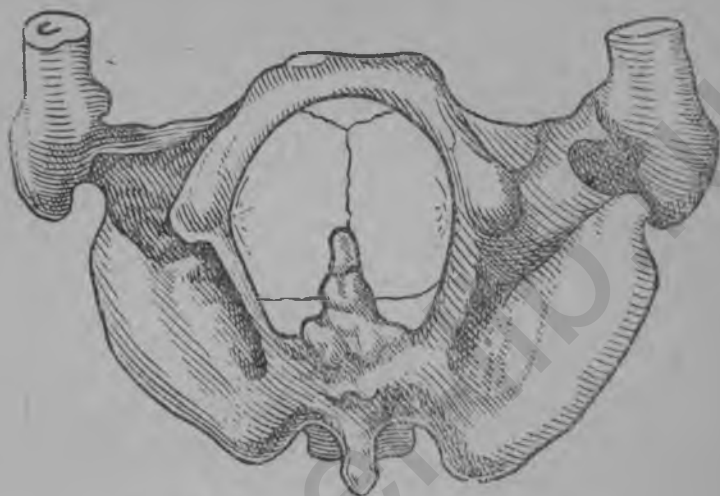


Рис. 125. Воронкообразный таз (Штекель).

ночника свидетельствует о сужении выхода таза. Это сужение можно легко установить, произведя измерения поперечного и прямого размеров выхода таза (рис. 126, 127).

**7. Остеомалятический или спавшийся таз.** Такие тазы развиваются при заболевании остеомаляцией. Остеомаляция поражает людей во взрослом состоянии. Мужчины очень редко заболевают остеомаляцией; чаще заболевают женщины, преимущественно во время беременности. При остеомаляции кости обедняются фосфором и, главным образом, кальцием, причем растворение кальция начинается обычно с центра кости по соседству с мозговым каналом и с капиллярами гаверсовых канальцев и, прогрессируя, может дойти до периферии кости, до ее периоста. Не все кости скелета в одинаковой степени поражаются указанным процессом. Чаще всего поражаются таз и позвоночник; за ним следует грудная клетка и конечности. Кости черепа почти никогда не подвергаются размягчению. Благодаря исчезновению кальция кости становятся мягкими, и в далеко зашедших случаях они настолько хрупки и гибки, что напоминают собою восковые образования; такой

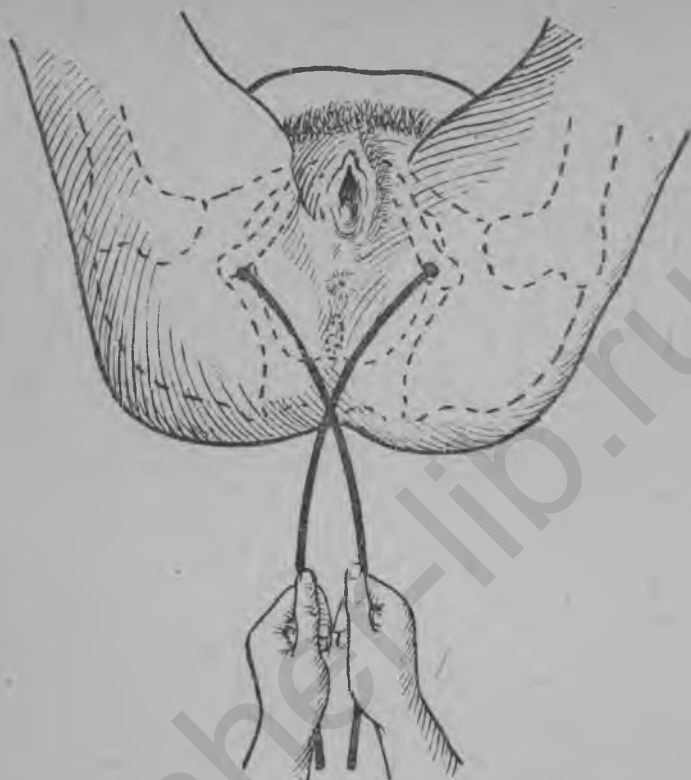


Рис. 126. Измерение поперечного размера выхода таза.

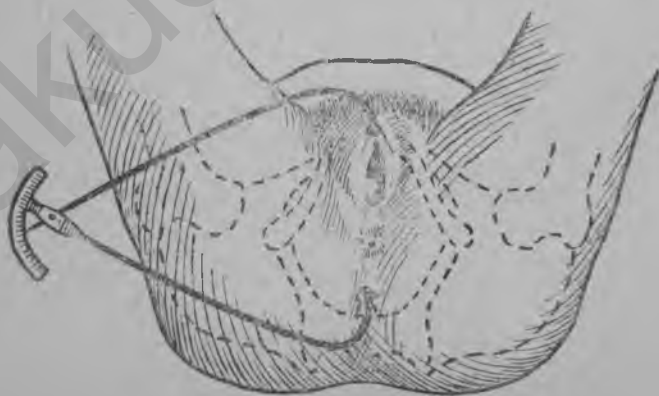


Рис. 127. Измерение прямого размера выхода таза.

таз, благодаря своей мягкости и податливости, носит название воскового таза — *pelvis cerea*.

Этиологические факторы недостаточно выяснены. Повидимому, мы тут имеем дело с внутрисекреторным заболеванием. Это подтверждается наблюдениями, сделанными Фелингом,

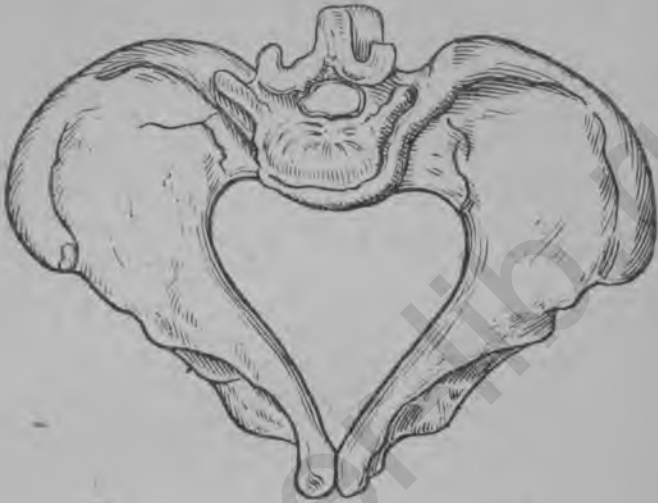


Рис. 128. Остеомалятический таз (начальная стадия) (Штекель).

которому при кастрации удалось добиться излечения в подавляющем большинстве случаев. Эти наблюдения дают повод считать гиперфункцию яичников причиной этого заболевания. Как известно, рост костей находится под влиянием щитовидной железы, гипофиза и, главным образом, паращитовидных желез, являющихся антагонистами яичников. При удалении яичника функция указанных желез усиливается, что и способствует, повидимому, улучшению процесса. Благоприятствующими моментами для развития остеомаляции являются тяжелые бытовые и гигиенические условия. Замечено, что в Германии и Австрии число заболеваний остеомаляцией особенно увеличилось к концу империалистической войны и в ближайшие годы после нее. В тех местностях, где остеомаляция носит как бы эндемический характер, заболевают ею преимущественно беременные, находящиеся в тяжелых условиях, плохо питающиеся, живущие в темных, сырых подвальных помещениях.

Диагноз остеомаляции в большинстве случаев затруднений не представляет. Вначале больные жалуются на тянущие ревматические боли в спинных мышцах, в конечностях. Такие больные приобретают несколько качающуюся, как

бы утиную походку. Гальваномышечная возбудимость резко повышена. Мышцы находятся в значительном напряжении. Это обстоятельство можно объяснить обеднением организма солями кальция. Как известно, определенная концентрация солей кальция способствует нахождению мышц в определен-



Рис. 129. Далеко зашедшая деформация таза при остеомалации (Штекель).

ном тонусе; уменьшение концентрации солей кальция приводит мышцы в состояние напряжения и сокращения. Благодаря напряжению мышц получается характерный симптом при производстве двуручного обследования: больная не в состоянии раздвинуть бедра, которые при этом как бы пружинят. Этот симптом является довольно постоянным при начинающейся остеомалации. В дальнейшем присоединяется болезненность в области лобка, грудины и позвоночника.

Таз принимает характерную форму. Лобок выпячивается кпереди, принимая форму утиного клюва (рис. 128). Благодаря давлению больших вертлугов таз сдавливается в поперечном направлении. При дальнейшем прогрессировании заболевания женщина вынуждена лечь в кровать, таз еще больше обезображивается и, в конце концов, может принять необычную форму; вход его в этих случаях представляет собой деформированную щель (рис. 129).

Конечно, при резких степенях остеомалации таз должен представлять непреодолимые затруднения для родов; наряду с этим описаны случаи, когда кости таза, вследствие своей мягкости, раздаются под напором головки и дают выход последней.

Лечение остеомалации лекарственными веществами далеко не всегда приносит успех. Назначение кальция, фосфора, мышьяка в подавляющем большинстве случаев оказывается бесполезным. Лучший эффект получается при назначении веществ, содержащих витамин *Д*. Можно пользоваться рыбьим жиром, облученным кварцевой лампой.

Обычно, после родов явления остеомалации стихают и иногда совершенно исчезают с тем, чтобы в некоторых случаях появиться при повторной беременности. В упорных, далеко зашедших случаях, единственным верным способом приостановить дальнейшее прогрессирование заболевания является кастрация. Во время беременности показано оперативное удаление яичников с одновременным кесарским сечением. При развитии остеомалации в чадородном возрасте у небеременных женщин вполне показана рентгенокастрация. Попытки лечить остеомалацию гормонами надпочечника, щитовидной железы и гипофиза все таки не привели к сколько-нибудь заметным результатам. Лучших результатов можно ожидать от терапии гормоном паращитовидной железы.



Рис. 130. Таз с костным наростом (Бумм).

**8. Тазы, измененные вследствие костных наростов и опухолей.** В тазу, особенно по соседству с хрящами, у лобка, у крестцово-подвздошных сочленениях иногда наблюдаются более или менее острые и длинные образования, которые могут представлять при значительном своем развитии затруднения при родах (рис. 130). Острые наросты могут вызвать значительные повреждения плода. Плотная костная мозоль, образующаяся после заживления переломов костей таза также может уменьшить его емкость. Помимо наростов известных тазы с костными новообразованиями, достигающими различной величины (рис. 131). Среди этих новообразований чаще всего встречаются остеосаркомы или экхондромы, представляющие в большинстве случаев непреодолимые препятствия для прохождения плода.

**9. Расщепленные тазы** — это тазы, у которых произошло разъединение костного кольца. Чаще всего разъединение происходит в области лобкового сочленения и, гораздо реже, в области крестцово-подвздошных сочленений. Разъединение в области лобкового сочленения способствует увеличению объема таза и затруднений при родах не представляет (рис. 132). Однако такие расщепленные тазы комбинируются с другими поро-

ками. У женщин, носительниц расщепленного таза, часто наблюдается и эктопия мочевого пузыря. При этом передняя стенка последнего отсутствует, задняя стенка мочевого пузыря как бы входит в состав передней брюшной стенки, в которую непосредственно открываются мочеточники.



Рис. 131. Остеосаркома крестцовой кости (Бумм).

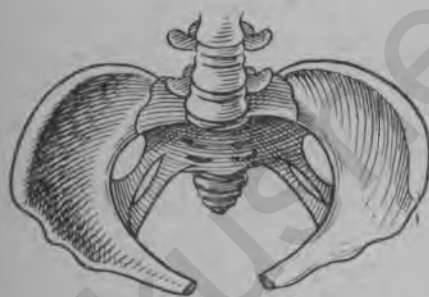


Рис. 132. Расщепленный таз

Акушеру редко придется иметь дело с такими тазами, ибо женщины с эктопией мочевого пузыря редко доживают до зрелого возраста; к тому же, наряду с эктопией пузыря у них часто наблюдаются и пороки развития половых органов, исключающие возможность зачатия.

### Профилактика.

Ознакомившись с анатомическими формами узкого таза, одновременно познакомьтесь и с их этиологическими факторами. Наиболее частыми причинами узкого таза являются рахит, туберкулез, тяжелые социально-бытовые условия детства, ведущие к общему недоразвитию. Широкие оздоровительные и профилактические мероприятия, развернутые в нашей стране, значительно устраняют те факторы, которые влекут за собой развитие узкого таза. В самом деле, антенатальная забота о ребенке, предоставление декретного отпуска беременной женщине, освобождение ее от тяжелой работы, грудное вскармливание детей, сеть благоустроенных детских садов и яслей предохраняют детей от развития как врожденного, так и послеутробного рахита и устраняют один из основных факторов узкого таза. Профилактика туберкулеза, широкие оздоровительные мероприятия в этой области значительно снизили процент костного детского туберкулеза, устранив, таким образом, и эту причину узкого таза. Охрана труда подростков, широкое развитие физкультуры и спорта

в нашей стране, раскрепощение женщин и девочек и оздоровление их быта в восточных частях нашего Союза гарантируют правильное развитие детского организма и правильное строение таза.

Таким образом, совершенно неправы те акушеры, которые заявляют, что нам приходится иметь дело с готовым тазом, что в вопросах профилактики узкого таза акушеры бессильны. Это утверждение применимо к капиталистическим странам, где нет и речи о широких оздоровительных мероприятиях, к которым привлекались бы все работники здравоохранения. У нас, благодаря тесному сотрудничеству акушеров с органами здравоохранения, получается полная возможность уменьшения и сведения на-нет тех факторов, которые благоприятствуют развитию узкого таза.

„Профилактика“ узкого таза может иметь место и в том случае, когда к нам является взрослая женщина с определенными изменениями таза. Так как исход родов при узком тазе зависит не только от его строения, но и от строения головки, акушеру следовало бы порекомендовать женщине с узким тазом выбрать себе соответствующего мужа. Конечно, величина плода, форма, конфигурация головки могут передаваться по наследству не только от матери, но и от отца. Крупный, ширококостный отец будет иметь, как правило, крупного ребенка с широкими плотными костями. Поэтому целесообразно рекомендовать женщине с узким тазом выходить замуж за не очень крупного, не ширококостного мужчину.

Если в консультацию поступает беременная с узким тазом, врач обязан поместить ее заранее — за 8—14 дней — в стационар для того, чтобы больная не подвергалась нигде внутреннему исследованию; заблаговременное помещение такой беременной в стационар дает возможность с самого начала родов провести необходимые мероприятия, связанные с терапией узкого таза.

### Диагностика.

Диагностика узкого таза в большинстве случаев затруднений не представляет. Уже на основании анамнестических данных может создаться впечатление о наличии узкого таза в том или ином случае. Если данная женщина болела рахитом, указанием на что служит позднее начало хождения в детстве, если она в детстве вследствие воспалительного процесса костей, скорее всего туберкулезного происхождения, пролежала долго в кровати, если она в детстве вела сидячий образ жизни, если рано, еще до полового созревания, начала нести тяжелую физическую работу, — мы

вправе ожидать тех или иных изменений таза. Очень важно осведомиться о течении предыдущих родов. Если предыдущие роды, проведенные в благоустроенном учреждении, долго длились, закончились гибелью плода, есть основание полагать, что в этом случае имеется сужение таза; при повторных родах затруднения при прохождении головки усугубляются тем, что размеры и вес плодов возрастают обычно с каждой новой беременностью. Предположение о наличии узкого таза, сделанное на основании анамнестических данных, подтверждается в дальнейшем общим и специальным акушерским объективным исследованием.

Производя общий осмотр скелета, легко обнаружить изменения, которые сопровождают ту или иную форму узкого таза. У рахитичек обнаруживается квадратная форма головы, вдавленный нос, куриная или сапожная грудь, четки на ребрах, искривленный позвоночник, искривленные нижние и верхние конечности. Кифоз, сколиоз, коксит, укорочение нижней конечности никаких затруднений для своего определения не представляют. При общем недоразвитии кости скелета представляются тонкими, бедра узкими; мышцы плохо развиты, конституция астеническая; наружные половые органы недоразвиты, волосистость на лобке скудная. О толщине костей можно судить по луче-запястному индексу, о котором мы уже упоминали. Индекс меньше 14 указывает на тонкость костей.

Форма ромба Михаэлиса может дать ценные указания на форму таза данного субъекта. Ромб Михаэлиса очерчен, как известно, 4 следующими точками: сверху—углублением между 5-м поясничным и 1-м крестцовым позвонком, снизу—началом межягодичной складки, по бокам—углублениями, находящимися на уровне задних верхних остей подвздошных костей. Соединяя линиями указанные 4 точки, у нормальной женщины получают красивую форму ромба с почти прямыми углами, напоминающую собою квадрат. При общесуженном тазе ромб несколько вытянут в длину и как бы сдавлен с боков. При рахитическом тазе ромб несколько уплощается; верхняя половина его, представляющая собою треугольник, значительно меньше нижней. При резких степенях заболевания весь ромб принимает почти форму треугольника. При кососуженных тазах ромб Михаэлиса оказывается ассиметричным благодаря тому, что верхняя задняя подвздошная ость с одной стороны находится выше, чем с другой. При спондилолистетических тазах ромб Михаэлиса установить не удается.

Таким образом, простой осмотр ромба Михаэлиса дает возможность составить более или менее ясное представление относительно формы узкого таза. Окончательно форма



таза устанавливается на основании пельвиометрии — измерения таза. Средние размеры нормального таза на нашем материале таковы: D. sp.—24, D. cr.—27, D. tr.—30, C. ext—19. Останавливаясь на той или иной форме таза, я указывал приблизительные наружные размеры, свойственные данной форме. Однако по наружным размерам далеко не всегда можно определить истинную величину внутренних размеров. Наблюдения показывают, что при одной и той же величине наружной конъюгаты размер внутренней конъюгаты может колебаться в пределах 5 см. Поэтому для решения вопроса о степени сужения таза необходимо прибегнуть и к внутренним измерениям.

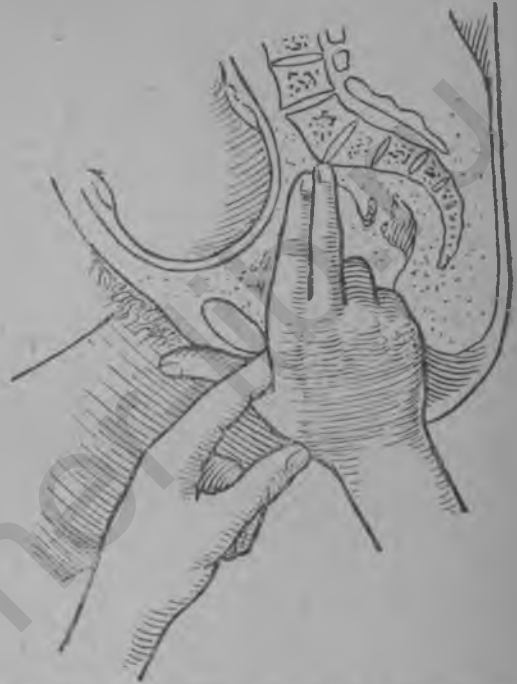


Рис. 133. Измерение диагональной конъюгаты.

Есть предложение измерять при помощи специальных аппаратов внутреннюю конъюгату. Эти аппараты громоздки, неточны и широкого применения не находят. Большинство акушеров обходится в нужных случаях измерением диагональной конъюгаты, соединяющей нижний край симфиза с мысом. Это измерение производят следующим образом: два пальца вводят во влагалище; надавливая на промежность и опуская руку книзу, достигают мыса. Достигнув мыса, основанием указательного пальца, введенного во влагалище, упираются в нижний край симфиза; в том месте, где указательный палец упирается в нижний край симфиза, ногтем большого пальца другой руки делают отметку; это вдавление в течение нескольких минут сохраняется (рис. 133). Вынув палец, тазомером измеряют расстояние между вдавлением, произведенным ногтем концом среднего пальца, который был приставлен к мысу; таким образом получается величина диагональной конъюгаты (рис. 134). Последняя больше внутренней конъю-

югаты на  $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$  см. Разница эта колеблется в зависимости от высоты лоно и от его направления: чем выше лоно, чем более оно направлено вперед нижним краем, тем разница больше; чем ниже лоно, чем параллельнее оно идет к крестцу, тем разница между обеими конъюгатами меньше (рис. 135).



Рис. 134. Тазомер определяет расстояние между концом среднего пальца и отметкой на указательном пальце.

В подавляющем большинстве случаев, измеряя диагональную конъюгату и принимая во внимание высоту и направление лоно, нам удастся получить нужное представление о внутренней конъюгате. В последнее время предложено специальное рентгеновское измерение внутренних размеров таза и выяснение взаимоотношений между тазом и головкой плода. Техника, однако, еще недостаточно выработана, чтобы во всех случаях могли получаться убедительные данные. Применение этого способа ограничено еще и тем, что не все учреждения обладают необходимой рентгеновской аппаратурой и, главным образом, опытными специалистами в этой области.

Установив ту или иную форму таза, необходимо составить понятие и о степени сужения таза. Степень сужения таза различается в зависимости от величины внутренней конъюгаты, которая является наименьшей из всех трех размеров входа в таз. Чтобы получить размер внутренней конъюгаты надо отнять 9—10 см от величины наружной конъюгаты. Более точные данные, как уже указывалось, получают при измерении диагональной конъюгаты.

Принято различать следующие 4 степени узкого таза. В первую группу включают те тазы, конъюгата которых колеблется между 9 и 11 см. Это, обычно, нормальные тазы, при которых редко встречаются затруднения при родах. Ко 2-й группе относятся тазы с конъюгатой от 7 до 9 см. При указанных сужениях 2-й степени, в части случаев возможны нормальные роды, в другой же части случаев роды затруднены. Затруднение обычно проявляется во втором периоде родов. Сильные сокращения матки, потребовавшиеся

для проведения головки через суженные отделы таза, в конце концов, могут истощить маточную мускулатуру; в периоде изгнания ее сокращения и сокращения брюшного пресса оказываются недостаточными и могут служить показанием для наложения щипцов. К 3-й группе относим случаи с истинной конъюгатой, колеблющейся от  $5\frac{1}{2}$  до 7 см. Обычно при тазах этой группы роды живым плодом невозможны, ибо таз недостаточно широк для прохождения головки нормального доношенного плода. Роды здесь во многих случаях возможны только после уменьшения головки путем перфорации. К 4-й группе относятся тазы, истинная конъюгата которых равна  $5\frac{1}{2}$  и меньше см. Это так называемые абсолютно узкие тазы, при которых головка, даже будучи уменьшенной, не может родиться.



Рис. 135. Колебания диагональной конъюгаты в зависимости от высоты и направления ложа (Бумм).

Если установление той или иной формы узкого таза в большинстве случаев затруднений не представляет, то оценка таза с функциональной точки зрения не всегда легка. Вопрос о соответствии между головкой и тазом обычно может быть решен во время родов на основании некоторых, так называемых, функциональных проб. Способность головки конфигурироваться, характер родовых схваток также помогут оценить те затруднения, которые могут возникнуть в каждом отдельном случае узкого таза.

Установление перечисленных факторов необходимо для того, чтобы решить вопрос о том образе действий, который в данном случае является уместным. Об этом подробно будет сказано при изложении вопроса о лечении узкого таза.

### Течение беременности.

Течение беременности при узком тазе представляет некоторые особенности, обнаруживающиеся, главным образом, в последние месяцы. Как известно, в последние недели перед родами нижний отдел матки, а вместе с ним и предлежащая часть опускается несколько глубже. При узком тазе этого произойти не может, и вся матка целиком остается

в брюшной полости. При небольшом росте, при вялых брюшных стенках, не помещающаяся в брюшной полости матка, отвисает книзу — наблюдается отвислый живот. У высоких женщин, у первобеременных с упругими брюшными стенками дно матки устремляется кверху, получается остроконечный живот. При узком тазе плод сохраняет свою подвижность до самого начала родов. Положение его может меняться вместе с положением матки, перемещающейся с переменой положения беременной. Этим и объясняется, что неправильные положения плода, ягодичные предлежания встречаются при узких тазах несравненно чаще, чем при нормальных тазах. В то время как при нормальных тазах затылочное предлежание встречается в 96%, при узких тазах оно встречается значительно реже, в 84—90%; на нашем материале затылочное предлежание при узких тазах встретилось всего в 92%.



Рис. 136. Некоторое разгибание головки при плоском тазе.



Рис. 137. Стояние стреловидного шва в поперечном размере при плоском тазе.

Особенно резкие отклонения от нормального течения заметны во время родов. Механизм прохождения головки при узких тазах представляет некоторые особенности. Мы разберем механизм родов при наиболее часто встречающихся формах узкого таза — при плоскосуженном и при

общесуженном. Механизм прохождения головки при плоскосуженном тазе отличается следующими особенностями: головка за все время прохождения наиболее узкого отдела — входа в таз остается несколько разогнутой; наиболее низким пунктом является большой родничок (рис. 136). Благодаря этому прямому размеру входа в таз соответствует малый поперечный размер головки, равняющийся, в среднем 8 см;

объемистый затылок помещается в боковой части входа в таз. Второй особенностью механизма родов при плоском тазе является долгое стояние стреловидного шва в поперечном размере (рис. 137). Это также способствует тому, что прямому размеру входа в таз соответствует указанный битемпоральный размер. Следующей особенностью является асинклитическое вступление головки. При плоскосуженном тазе, в большинстве случаев, вперед опускается передняя теменная кость, стреловидный шов таким образом проходит кзади от средней линии — возникает передний асинклитизм (рис. 138 и 139). Гораздо реже наблюдается задний асинклитизм, при котором глубже опускается задняя теменная кость (рис. 140). Задний асинклитизм гораздо менее благоприятен для прохождения головки. 4-й особенностью является резкая конфигурация головки, благодаря которой задняя теменная кость подходит под переднюю. Таким образом, головка еще больше уменьшается в поперечном размере. Миновав после длительной родовой деятельности вход в таз, головка сгибается и быстро поворачивается в косой, а потом и в прямой размер; дальнейшее ее рождение не представляет отклонений от обычного механизма.

Для механизма родов при общесуженном тазе характерно усиление всех тех моментов, которые способствуют уменьшению подлежащей части и приспособлению ее наименьших размеров к наименьшим размерам таза. Сгибание головки при общесуженных тазах выражено очень резко, малый родничок уже



Рис. 138. Передний асинклитизм (Бумм).

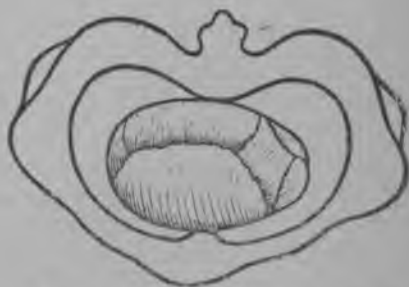


Рис. 139. Передний асинклитизм.

в начале прохождения головки, благодаря резкому сгибанию, опускается очень низко. Конфигурация головки также резко выражена. В противоположность механизму, наблюдающемуся при плоском тазе, при общесуженном тазе головка сравнительно рано поворачивается в косой размер,

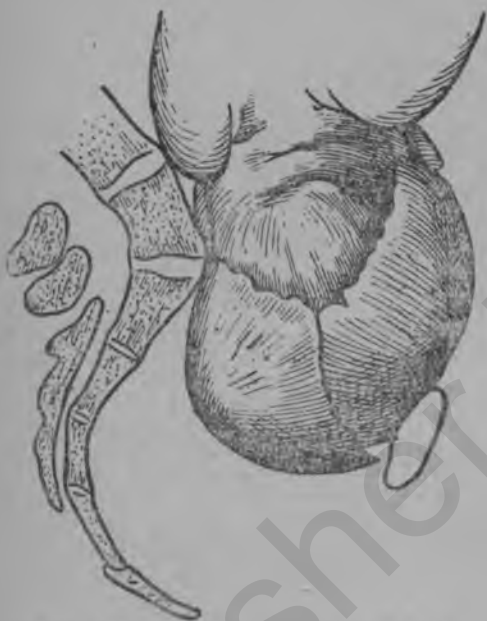


Рис. 140. Задний асинклитизм (Бумм).

в котором она находится уже во входе в малый таз. Так как при общесуженном тазе уменьшение размеров касается всех его отделов — входа, полости и выхода, то указанные особенности — резкое сгибание, резкая конфигурация и ранний поворот наблюдаются на всем протяжении прохождения головки через таз. При плоскосуженном тазе головка, как указывалось, пройдя вход в таз, больше не встречает препятствий для своего продвижения; при общесуженном же тазе затруднения наблюдаются на всем пути следования головки.

Механизм родов при общесуженном плоском тазе представляет собою комбинацию механизма при плоском тазе и механизма при общесуженном тазе. Обычно, вход в таз преодолевается при помощи механизма, свойственного плоскому тазу; прохождение же полости и выхода совершается по механизму общесуженного таза.

### Течение родов.

Большинство родов — около 92% — при узком тазе протекает самопроизвольно и только приблизительно в 8% случаев приходится оказывать те или иные оперативные пособия. По Ланковицу (Москва, 1936 г.) на материале в 4549 случаев узкого таза самопроизвольные роды имели место в 96,5%; по данным Воронежской клиники (д-р Клейн) на 1669 случаев узкого таза самопроизвольные роды наблюда-

лись в 95,6%; за 1936 г. на 187 случаев узкого таза оперативные пособия были оказаны лишь в 5 случаях. Но и при самопроизвольных родах те или иные отклонения от нормального течения родового акта при узком тазе встречаются значительно чаще, чем при нормальном тазе. Преждевременное и раннее отхождение вод, по нашим данным, встречается в 42% всех родов при общесуженном тазе, в 19% — при плоском тазе и в 75% — при плоском рахитическом тазе. Объяснение этому находим в том, что головка к началу родов еще не опускается в таз. Благодаря этому отсутствует наблюдающееся при нормальных родах разделение плодного пузыря на две камеры. При нормальных родах вставившаяся головка как бы перегородывает плодный пузырь надвое: меньшую — переднюю камеру и большую — заднюю камеру (рис. 141).



Рис. 141. При нормальном тазе головкой как бы перегородывается плодный пузырь надвое.

В этих случаях во время схваток отсутствует сообщение между передними и задними водами: пузырь не сильно напрягается. При узком же тазе, когда вследствие невставления головки имеется сообщение между задними и передними водами, под влиянием схваток вся масса вод направляется книзу, нижний полюс плодного пузыря во многих случаях не выдерживает оказываемого на него давления и разрывается (рис. 142). Преждевременное и раннее отхождение вод часто сопровождается и другими осложнениями — выпадением мелких частей и пуповины. Последнее осложнение при узких тазах встречается в несколько раз чаще, чем при нормальных родах.

В тех случаях, когда имеются осложнения во время родов, течение первого периода представляет известные особенности. Раскрытие матки в этих случаях идет медленнее обычного. Это объясняется двумя факторами: 1. Отсутствием клиновидного действия околоплодного пузыря, вследствие преждевременного или раннего отхождения вод;

2. Отсутствием действия подлежащей части, которая при узком тазе опускается значительно позже обычного.

После опускания подлежащей части ко входу в таз, которое происходит при узком тазе обычно лишь спустя некоторое время после отхождения вод, начинается сильная



Рис. 142. При узком тазе задние воды со-  
общаются с передними.

родовая деятельность. Получается впечатление, что матка как бы стремится сильными сокращениями преодолеть то препятствие, которое представляет для подлежащей части сужение костных родовых путей. При значительных степенях узкого таза потребно много часов, а иногда и несколько суток хорошей родовой деятельности, чтобы головка приспособилась и прошла через узкий вход в таз.

На нашем материале длительность 1-го периода родов до 6 час. наблюдалась в 18,4% случаев, от 7 до 19 час. — в 20,2%, от 13 до 18 час. — в 15,4%, от 19 до 24 час. — в 19,2%, от 25 до 48 час. — в 18,0% и от 49 до 72 час. — в 5,8% случаев. Кесарское сечение произведено в 3% всех случаев.

После того как при плоском рахитическом тазе будет преодолен вход в него, дальнейшее рождение плода может совершиться очень быстро — в одну-две потуги, так как при плоском рахитическом тазе, как известно, выход оказывается несколько расширенным. В тех случаях, когда мускулатура матки и брюшного таза истощилась, продвигая головку плода через вход в таз, родовая деятельность может остановиться на многие часы, и для извлечения плода при опустившейся головке приходится прибегать к щипцам.

При общесуженном тазе, представляющем, как указывалось, препятствие на протяжении всего костного пути, сильные схватки не прекращаются с прохождением головки через вход в таз. При истощении мускулатуры и в этих случаях наступает вторичная слабость схваток и ослабление родовой деятельности, требующее нередко оперативного окончания родов.



При воронкообразных тазах и, особенно, при кифотическом тазе головка, пройдя легко вход и полость таза, может встретить большие затруднения при прохождении через суженный выход. Нередко поворот головки в прямой размер выхода задерживается, и она своим стреловидным швом проходит в поперечном размере выхода; при воронкообразных тазах передне-головное предлежание встречается значительно чаще обычного.

В тех случаях, где имеются неопреодолимые препятствия для прохождения головки, вызванные либо значительным сужением таза, либо неблагоприятным вставлением головки, как например, при заднем асинклитизме, после бурной родовой деятельности и перерастяжения нижнего сегмента может наступить разрыв матки.

Прохождение головки через узкий таз иногда сопровождается повреждениями матери и плода. Передняя губа шейки может ущемиться между головкой плода и лобком; в этих случаях она отекает и может увеличить препятствие для продвижения головки. Ущемившись, передняя губа при длительном давлении может некротизироваться и в дальнейшем отпасть. Иногда между головкой и лобком сдавливается не только передняя губа, но и стенка влагалища и задняя стенка мочевого пузыря (рис. 143). В этих случаях при длительном давлении может наступить некроз сдавленных частей, который в дальнейшем, через несколько дней после родов, проявится образованием влагалищно-пузырного свища. Повреждения задней стенки влагалища и прямой кишки наблюдаются значительно реже. Некоторые авторы считают, что при затруднительном прохождении головки через таз может разможиться брюшина заднего дугласа. Следствием этого в дальнейшем может явиться образование спаек.

Таким образом, роды при узком тазе требуют со стороны

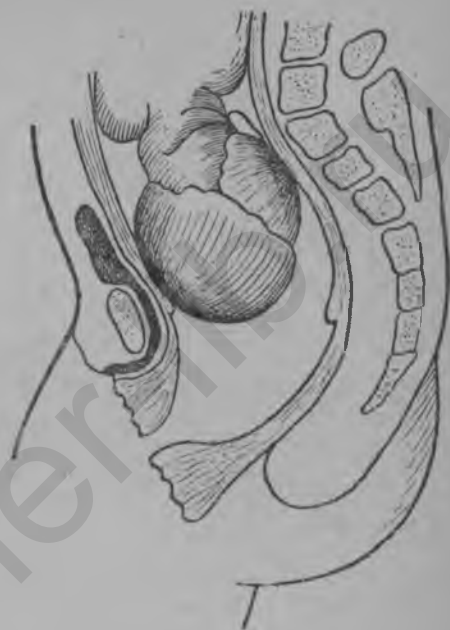


Рис. 143. Ущемление передней губы шейки и мочевого пузыря.

акушера самого внимательного к себе отношения для того, чтобы во-время заметить те осложнения, которые угрожают матери. Даже в тех случаях значительных степеней сужения таза, когда разрыва матки не происходит, может при долго длящихся родах в матку проникнуть инфекция и привести к местному или общему заражению.



Рис. 144. Вдавление на головке плода при плоском тазе (Бумм).

Для плода при узком тазе также кроется немало опасностей: случаи кровоизлияний в мозг, разрывы tentorium'a и мозговых оболочек при узком тазе наблюдаются значительно чаще, чем при нормальных родах.

Нередко, при значительных степенях сужения таза на головке плода находятся ссадины, кровоподтеки, на костях черепа глубокие следы от давления, произведенного лбом или чаще мысом (рис. 144). Опи-

саны случаи разрыва позвоночника плода при грубом его извлечении.

Описав опасности, которые влекут за собой роды при узком тазе как для матери, так и для плода, я снова подчеркиваю, что это относится лишь к немногим случаям; большинство же родов при терпеливом и внимательном поведении акушера заканчивается благополучно. Многие статистики показывают, что наиболее благоприятный исход, как для матери, так и для плода наблюдается в тех случаях, когда роды заканчиваются без всякого акушерского вмешательства. Нередуцированная детская смертность на 1669 случаев узкого таза, наблюдавшихся в Воронежской клинике, составляет 2,9%; на вышеприведенном материале Ланковица мертворождения составляли 2,5%, Диркс (Йена, 1934 г.) приводит статистику 1400 родов при узком тазе; при самопроизвольных родах материнская смертность = 0, детская — 1,49%; из 36 случаев, закончившихся наложением щипцов, погибла одна мать, детская смертность — 16,7%; на 195 случаев кесарского сечения погибло 6 матерей (3,1%); детская смертность равна 2,6%.

Таким образом, наложение щипцов дает значительную детскую смертность и известную материнскую смертность. Кесарское сечение, давая незначительную детскую смертность, таит в себе известные опасности для матери. Поэтому

врачу необходимо уметь индивидуализировать каждый случай, чтобы выбрать соответствующую терапию и, главным образом, уловить тот момент, с которого эта терапия должна применяться.

### Действия врача во время родов при узком тазе.

Имеется несколько предложений, стремящихся обойти

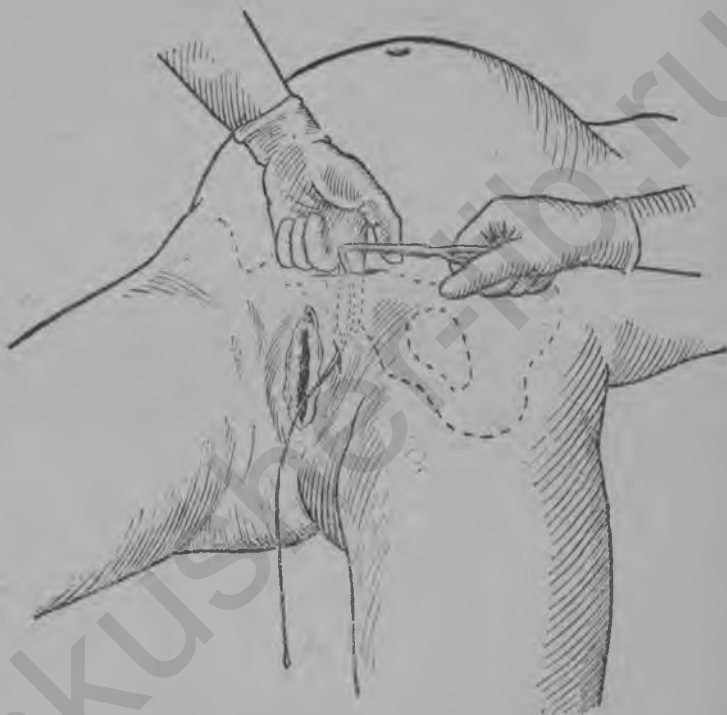


Рис. 145. Пила проводится за лобковую кость.

несоответствие между головкой и тазом. Одни предложения имеют целью увеличить емкость таза. Емкость таза может быть увеличена при помощи распила лобковой кости—гебостеотомии или распила самого симфиза—симфизиотомии. Распиливание лобковой кости совершается следующим образом. Над костью и под ней производятся уколы острием ножа; через образованное верхнее отверстие вводится соответствующая игла (Жигли, Дедерлейна), которая проходит сзади лобковой кости и выводится через нижнее отверстие. После этого в ушко этой иглы вдевается специаль-

ная пила. Игла, снабженная пилой, извлекается через верхнее отверстие, благодаря чему она обхватывает лобок; производя пилящие движения, перепиливают лобковую кость (рис. 145 и 146). В других предложениях эта операция делается открытым путем после того, как при помощи разреза обнажается соответствующий участок кости или симфиз. При

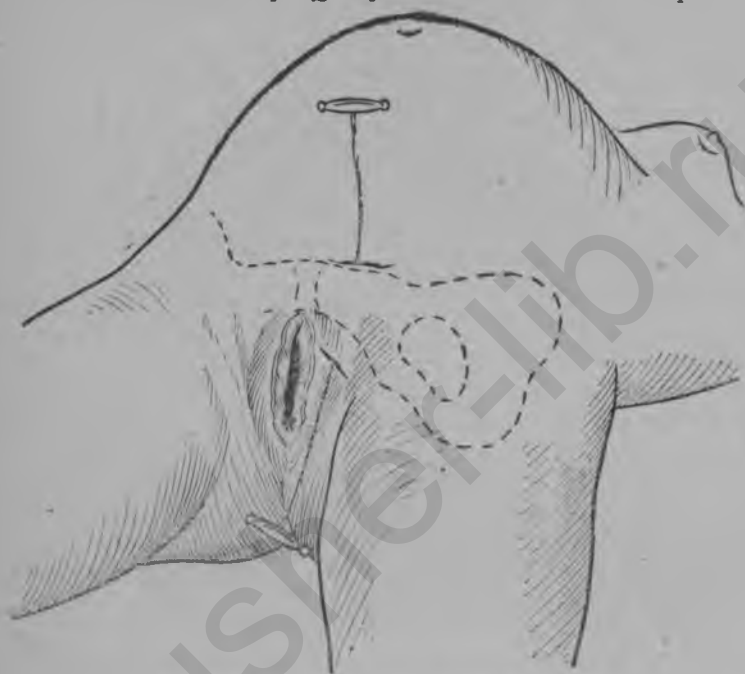


Рис. 146. Распиливание лобковой кости.

помощи этих операций удастся вызвать, благодаря расхождению концов перепиленной кости, стойкое увеличение таза. Операция — несложная технически, иногда сопровождается некоторыми осложнениями. Так как по соседству с симфизом находятся венозные сплетения, особенно развитые во время беременности, не исключена возможность их повреждения и наступления подкожного кровотечения. Описаны случаи повреждения мочевого пузыря и уретры, главным образом при симфизиотомии. В некоторых случаях походка больных нарушается, напоминая собою утиную. Поэтому это предложение, целесообразное по своей идее, все таки не имеет большого распространения.

Еще меньшее распространение имеет предложение

Роттера резецировать мыс. Это предложение неприемлемо в нескольких отношениях. Для скальвания мыса необходимо произвести ляпаротомию; в таком случае целесообразнее сделать кесарское сечение. Надеяться же на то, что после скальвания мыса получится стойкое увеличение входа в таз не приходится потому, что на месте мыса скоро образуется костная мозоль, которая еще больше уменьшит емкость таза.

Другие предложения направлены, так сказать, на уменьшение размеров плода. Проховник предложил специальную диету, которую беременная с узким тазом должна соблюдать за 8—12 недель до родов. По его представлению, благодаря этой диете, плод рождается менее крупным. Диета заключается в ограничении жидкости (воды, пива, супа) до 2—3 стаканов в день и в запрещении пищи, содержащей углеводы—мучных блюд, сахара, крахмала и т. д. Разрешается мясо, жиры, рыба, сыр, овощи, фрукты. Как показали наблюдения, такое голодание беременных не влечет за собой уменьшения размеров плода. Это доказано и опытом мировой и гражданской войн. Я наблюдал во время гражданской войны роды у женщины, доставленной в клинику с вокзала. Эта женщина последние два месяца, в буквальном смысле слова, голодала и достигла крайней степени истощения; вес ее вместе с плодом составлял 43 кг. Несмотря на это, она родила 12-фунтового мальчика. Поэтому вполне понятно, что большинство акушеров не применяют этой диеты. В отношении веса большее значение имеет время рождения плода. Наиболее крупные дети рождаются в период времени с мая по сентябрь (в наших широтах), наиболее мелкие—с января по март. Помимо инсоляции, имеет значение характер пищи, так как в летние месяцы пища, обычно, богата витаминами, которые оказывают, по видимому, влияние на внутриутробное развитие плода.

Второе предложение этого же порядка сводится к вызыванию преждевременных родов, за 2—3 недели до окончания срока беременности. Понятно, что ребенок, родившийся преждевременно, весит меньше и имеет меньшие размеры, чем нормальный плод. Но дело в том, что вызывание преждевременных родов далеко не безопасная манипуляция для матери; целесообразнее решиться на кесарское сечение в момент родов, тем более, что недоношенные дети менее устойчивы, чем дети, родившиеся в срок; во многих случаях преждевременные роды, предпринимаемые в интересах плода, не дают ожидаемого эффекта: дети рождаются мертвыми или гибнут вскоре после родов.

Таким образом, и диета Проховника и преждевременные роды не должны применяться в терапии узкого таза.

Некоторые авторы рекомендуют во время родов при узком тазе производить так называемый профилактический поворот на ножку для того, чтобы при затруднениях во время родов можно было бы извлечь ребенка за тазовой конец. По поводу этого предложения можно сказать, что сторонники его не совсем продумали механизм родов при узком тазе. Во многих случаях узкого таза требуется длительная родовая деятельность для того, чтобы головка конфигурировалась, приспособилась и прошла через костные родовые пути. При извлечении же плода за тазовой конец, головка должна быть проведена через таз не дольше, чем в течение 5—7 мин.; в противном случае плод погибнет. Само собою понятно, что попытки провести головку при помощи грубого насилия в течение 5—7 мин. через таз там, где при естественной родовой деятельности требуются многие часы — бессмыслица; такая попытка в большинстве случаев заканчивается гибелью плода и повреждениями мягких родовых путей матери.

При решении вопроса о ведении родов в каждом случае узкого таза наши действия зависят от целого ряда моментов: от исхода предыдущих родов, от степени сужения таза, от плотности головки и способности ее к конфигурации, от соответствия между головкой и тазом, от способа ее вставления и от характера родовой деятельности.

При повторных родах положение врача значительно облегчается сведениями об исходе предыдущих родов. Если предыдущие роды были проведены в стационаре и, несмотря на это, закончились смертью плода, мы вправе ожидать, что и данные роды не пройдут благополучно, тем более, что последующие дети, обычно, крупнее предыдущих детей. Имея роженицу с таким анамнезом, конечно, легче решиться на оперативное окончание родов, чем у рождающей в первый раз.

У первородящей степень сужения таза, конечно, поможет до известной степени наметить образ действий. При 1-й степени узкого таза, при конъюгате в 9—11 см можно ожидать, что вмешиваться не придется, что роды пройдут нормально. При 4-й степени узкого таза, при конъюгате в  $5\frac{1}{2}$  см и ниже, наше положение также облегчается тем, что в данном случае единственным исходом может быть кесарское сечение, предпринимаемое не только в интересах плода, но и для спасения жизни матери; в этих случаях операция производится по абсолютным показаниям.

При сужениях 3-й степени, особенно в случаях, приближающихся к 4-й степени — с конъюгатой в 5,  $5\frac{1}{2}$ , 6,  $6\frac{1}{2}$  см, — наше положение в отношении выбора терапии также за-

труднейшей обычно не представляет. При желании матери иметь живого ребенка единственным возможным вмешательством будет кесарское сечение. При отказе матери от этой операции, или если для нее упущен момент (повышение температуры, появление гнойных выделений и т. д.), придется произвести перфорацию даже живого плода.

Трудными для решения вопроса об образе действий являются переходные случаи, находящиеся на границе 2-й и 3-й степени сужения — при конъюгате в  $7-7\frac{1}{2}-8$  см. В этих случаях только тщательное, терпеливое акушерское наблюдение подскажет необходимый образ действий. Прежде всего мы должны стремиться сохранить плодный пузырь. Пока плодный пузырь цел, нечего беспокоиться: ни для матери, ни для плода в этих случаях опасность, обычно, не угрожает. Целость плодного пузыря дает возможность в случаях нужды, в любой момент, прибегнуть к кесарскому сечению. Для сохранения вод роженица с узким тазом укладывается в кровать, лучше, — в положении на том боку, куда стремится отклониться подвижная головка. При отвислом

животе для удержания плода в продольном положении уместно забинтовать живот. Если схватки сильные и можно предполагать, что пузырь при них резко напрягается, во влагалище вводится кольпейринтер. Для этого его складывают по длиннику, захватывают соответствующим корнцангом и, открыв влагалище зеркалами, приставляют его вплотную к плодному пузырю. Для того, чтобы концами корнцанга не повредить плодный пузырь, он захватывает кольпейринтер таким образом, что край последнего несколько выдается над корнцангом (рис. 147). После введения кольпейринтера корнцанг извлекается, зеркала удаляются, кольпейринтер наполняется жидкостью в количестве  $400-600$  см<sup>3</sup> в зависимости от его емкости; кольпейринтер, оказывая противодействие напря-



Рис. 147. Введение кольпейринтера.

гающемуся пузырю, предотвращает преждевременный разрыв его (рис. 148).

Для того, чтобы наметить дальнейший образ действий, необходимо выяснить, насколько подлежащая часть (в данном случае головка) соответствует размерам таза. При разбиаемых нами средних степенях сужения это бывает, обычно, возможным лишь после отхождения вод, когда опускается головка и начинается хорошая родовая деятельность. В этих случаях можно пользоваться несколькими приемами. Один прием заключается в следующем: одну руку кладут плашмя на лобок, другую — кладут на выдающуюся часть головки. Если первая рука лежит выше второй, то это означает, что данный таз может вполне вместить данную головку (рис. 149).

Если первая и вторая руки находятся на одном уровне — прогноз сомнителен. Если же первая рука лежит ниже второй, — это указывает на то, что

головка выдается над лобком и не в состоянии поместиться во входе в таз (рис. 150).

Следующий прием, предложенный Альфельдом, таков. Как обычно, измеряется наружная конъюгата. Поместив заднюю ножку циркуля в углубление между остистыми отростками 5-го поясничного и 1-го крестцового позвонков, переднюю ножку приставляют к самой выдающейся точке симфиза. Измерив наружную конъюгату, заднюю ножку циркуля оставляют на месте, а переднюю переводят на самую выдающуюся часть головки (рис. 151). Если наружная конъюгата больше 2-го размера, — прогноз хорош. Если наружная конъюгата совпадает со 2-м размером, — прогноз сомнителен, если наружная конъюгата меньше 2-го размера, — прогноз плох; данный таз для головки мал. Третий прием — прием Мюллера — заключается в следующем. Два пальца вводятся во влагалище или в прямую кишку; ассистент в то же время через брюшные покровы вдавливает головку, стремясь ввести ее в таз (рис. 152). Если внутренние пальцы чувствуют, что головка при этом опускается, стреловидный шов приближается к средней линии, а мыс делается недостижимым,

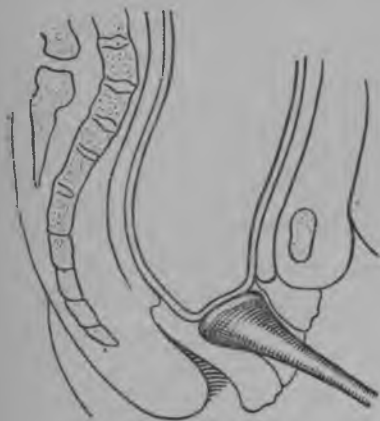


Рис. 148. Введенный кольпейринтер предохраняет напряженный пузырь от разрыва.



Это свидетельствует о том, что размеры таза соответствуют размерам головки; если же головка не опускается, мыс все время остается достижимым, стреловидный шов остается у мыса или у лобка, — прогноз плох.

В учреждениях, где возможно производство кесарского сечения, мы рекомендуем поступать следующим образом:

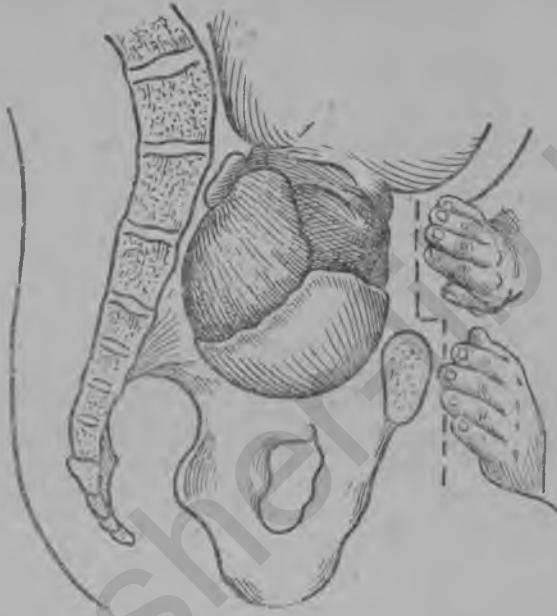


Рис. 149. Рука на головке лежит ниже руки на лобке. Прогноз хороший.

1. Стремиться сохранить как можно дольше воды.
2. После отхождения вод необходимо тщательно следить за сердцебиением плода, чтобы убедиться в отсутствии выпадения пуповины; если этого нет, можно наблюдать за течением родового акта в течение 4—6 час.
3. Если за это время головка не опустится, несмотря на хорошую родовую деятельность, если описанные только что функциональные пробы окажутся отрицательными, — необходимо приступить к кесарскому сечению в интересах плода. Кесарское сечение в этих случаях может быть произведено только с согласия матери, ибо оно применяется только для спасения жизни плода. Мать должна быть предупреждена о всех осложнениях, которые может повлечь за собой эта операция; ее необходимо предупредить о том, что плод может

родиться и другим путем, что ей в этом случае не угрожает большой опасности, но что плод скорее всего будет мертвым. Если при этом больная согласится на кесарское сечение, мы его производим, в противном случае, мы этого делать не имеем права.

4. Если в течение 4—6 час. после отхождения вод головка



Рис. 150. Рука на головке лежит выше руки на лобке. Прогноз плохой.

ка продвинулась вперед, мыс недостижим при исследовании *per rectum*, сегмент головки, определяемый при наружном исследовании над входом в таз, заметно уменьшился,—вопрос о кесарском сечении отпадает, и можно ожидать самопроизвольных родов.

В тех случаях, где предполагается применить кесарское сечение, я не рекомендовал бы пользоваться приемом Мюллера, потому что он все же сопряжен с известными

манипуляциями во влагалище, которые в значительной степени ухудшают послеоперационное течение.

Ранее, когда производили только классическое кесарское сечение, целость вод была обязательным условием, допускающим производство этой операции; теперь же, когда мы производим надлобковое кесарское сечение, время отхождения вод существенной роли не играет. Даже при 3-й и 4-й степенях сужения таза, где вопрос об операции решен еще во время беременности, надлобковое кесарское сечение удобнее производить при значительном открытии матки, так как в этих случаях нижний сегмент значительно удлиняется и более доступен для производства разреза; послеоперационная инволюция лучше и быстрее протекает в тех случаях, когда до операции имела место более или менее длительная родовая деятельность. Благодаря открытию шейки создаются лучшие условия для стока выделений и крови.

За последние годы нами по поводу узкого таза произведено не мало кесарских сечений при отошедших водах. Во

всех случаях послеоперационное течение было гладким, несмотря на то, что операции производились через 2, 6, 9 и больше часов после прохождения вод; в одном случае кесарское сечение было произведено через 22 часа. В тех случаях, когда больная отказывается от операции, илит огда,

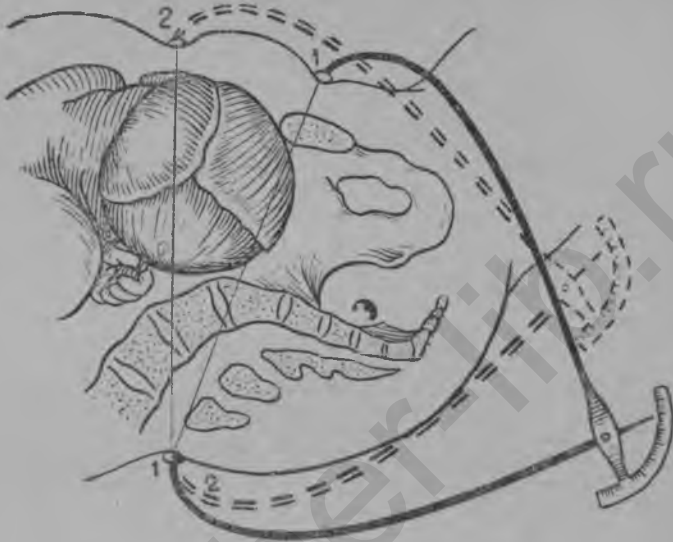


Рис. 151. Прием Альфельда для выяснения соответствия между головкой плода и тазом матери.

когда момент для нее был упущен, вмешиваются только при появлении показаний со стороны матери или со стороны плода.

Также в учреждениях, не имеющих возможности производить у себя кесарское сечение, роды вначале предоставляются силам природы. Но и при такой выжидательной, если можно так сказать, терапии, мы все-таки должны постараться облегчить вступление головки во вход в таз. Этого можно достигнуть, придав больной вальхеровское положение и применив при этом вдавление головки по Гофмейеру. Вальхеровское положение заключается в следующем: больная укладывается таким образом, что ягодицы ее находятся на краю кровати; высота последней должна быть такой, чтобы свешивающиеся ноги вовсе не касались или еле касались пола. При таком положении крестец несколько отходит кзади, размер внутренней конъюгаты увеличивается приблизительно на  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  см. Придав больной вальхеровское поло-

жение, акушер двумя руками стремится вдавить головку в таз. С этой целью один кулак или концы пальцев помещаются на подбородок, другой кулак или концы пальцев помещаются на затылок плода; давлением книзу стараются головку вдвинуть в таз (рис. 153). При неудаче одной попытки эту



Рис. 152. Прием Мюллера. Пунктиром обозначено перемещение головки при этом приеме.

манипуляцию повторяют, и в некоторых случаях действительно удается продвинуть головку в таз.

Показанием для окончания родов со стороны матери служат явления, угрожающие разрывом матки. В тех случаях, когда появляется бурная родовая деятельность, схватки следуют непрерывно друг за другом, когда контракционное кольцо поднимается высоко, приближаясь к пупку, занимая вместо горизонтального косое положение, когда всякое дотрагивание до нижнего сегмента матки болезненно и пальпация невозможна, когда больная находится в беспокойном состоянии, — налицо симптомы угрожающего разрыва матки. В этих случаях показано умелое, под глубоким наркозом, опорожнение матки. Попытка произвести в этих случаях поворот или наложить высокие щипцы преступна, ибо они, как

правило, влекут за собой разрыв матки. Единственно допустимой операцией при головном предлежании является перфорация головки даже живого плода под глубоким наркозом.



Рис. 153. Вдавливание головки по Гофмейеру; роженица находится в вольеровском положении.

Показанием для окончания родов со стороны матери может явиться и наличие инфекции: высокая температура, частый пульс, появление гноевидных выделений. В этих случаях также надо закончить роды; поворот и извлечение допустимы только при подвижном плоде, чего, к сожалению, обычно,

не бывает, ибо, благодаря давнему отхождению вод, плод потерял свою подвижность; наложение щипцов допустимо только в том случае, если головка прошла вход в таз и большим своим размером находится в полости таза.

Наложение высоких щипцов допустимо только в руках очень опытного акушера, но и в этих случаях нередко при наложении высоких щипцов происходят тяжелые повреждения матери и, как правило, гибель плода, в интересах которого эта операция предпринимается. Когда решается вопрос о наложении высоких щипцов, необходимо руководствоваться не только внутренним исследованием, но и данными наружного исследования. Неопытный акушер, произведя внутреннее исследование, может принять большую головную опухоль за опустившуюся головку. Наблюдаются случаи, когда нижний полюс головки, конфигурируясь, находится почти у выхода таза, а большая часть головки находится над входом в таз; поэтому, решая наложить щипцы, необходимо наружным исследованием (III и IV приемы Леопольда) убедиться почти в полном отсутствии сегмента головки над входом в таз. Необходимо иметь в виду и то, что при внутреннем исследовании, при достаточном опущении головки, мыс оказывается совершенно недостижимым; пройти исследующим пальцем между головкой и тазом до мыса в этих случаях невозможно. Если этого нет, если мыс достижим и головка, следовательно, не опустилась, наложение щипцов недопустимо. В этих случаях при показаниях для окончания родов приходится делать перфорацию головки даже живого плода.

При появлении показаний со стороны плода, то есть при падении его сердцебиения, отхождении мекония при головном предлежании, при выпадении пуповины, при невозможности произвести кесарское сечение, допустимы лишь те операции, которые безопасны для матери; при опустившейся головке — наложение щипцов, при подвижном плоде — поворот и извлечение. При отсутствии же условий для этих вмешательств, — состояние плода оставляется без внимания.

Заканчивая изложение вопроса об узком тазе, я хотел бы еще раз подчеркнуть то положение, что исход родов при узком тазе зависит не только от опытности акушера, но и от его хладнокровного, тщательного наблюдения за роженицей. При внимательном отношении удастся не упустить момент, в который нужно вмешаться и выбрать тот образ действий, который для данного случая окажется наиболее правильным.

## АНОМАЛИИ МЯГКИХ РОДОВЫХ ПУТЕЙ, ОСЛОЖНЯЮЩИЕ ТЕЧЕНИЕ РОДОВ.

Опухоли, локализующиеся в малом тазу, также могут служить препятствием для продвижения плода.

Интралигаментарные кисты яичников, небольшие кисты на ножке, ущемившись в малом тазу, естественно, уменьшают емкость последнего. В этих случаях роды будут протекать по типу узкого таза. Предлежащая часть долго не будет опускаться, имея одновременно стремление отклониться в сторону. Ранний или преждевременный разрыв пузыря может и тут иметь место. Диагноз, обычно, может быть поставлен только при внутреннем — ректальном или вагинальном — исследовании, показанием для которого могут служить приведенные отклонения от нормального течения родов. При внутреннем исследовании в этих случаях нетрудно будет констатировать наличие опухоли, заполняющей малый таз.

Роды смогут произойти только после того, как опухоль будет выведена из малого таза; иногда опухоль под влиянием продвигающейся предлежащей части плода сдавливается и может разорваться. Можно сначала попытаться в коленно-грудном положении больной вытолкнуть опухоль из крестцовой впадины введенными во влагалище пальцами. Если это не удастся, не стоит настаивать на попытке выведения опухоли из малого таза указанным способом, ибо это, в конце концов, может привести к разрыву опухоли и к разможжению соседних тканей. В этих случаях следует пойти на чревосечение, при котором вскрывается матка, извлекается плод, после чего удаляется ущемившаяся в тазу опухоль. Лишь в исключительных случаях, когда отсутствует всякая возможность произвести ляпаротомию, можно решиться на опорожнение опухоли через задний свод при помощи пункции.

Ущемившиеся миоматозные узлы, ретроцервикальные и межсвязочные миомы также могут служить препятствием для прохождения плода. И в этих случаях при субсерозном узле, запавшем или ущемившемся в заднем „дугласе“, можно попытаться его вправить, не применяя осо-

бого насилия. При неудаче попытки к вправлению и при наличии межсвязочной миомы следует также произвести чревосечение, удалить плод и произвести надвлагалищное, а иногда и полное удаление матки.

Препятствием для продвижения плода могут служить сужения наружного зева.



Рис. 154. Насечка на шейке матки.

Такое сужение может наблюдаться при раковом поражении шейки матки.

Некоторые авторы рекомендуют в этих случаях при неоперабельном раке попытаться расширить зев или сделать насечки на нем, чтобы дать выход плоду. Я считаю нужным предостеречь от такого образа действий, ибо расширение канала при раковом поражении шейки, как правило, влечет за собой трудно останавливаемое кровотечение. При наличии рака шейки матки целесообразнее всего сделать чревосечение, вскрыть полость матки и удалить плод; с маткой же поступить в зависимости от степени распро-

странения процесса. При операбельном раке следует сделать расширенную экстирпацию матки по Вертгейму. Эта операция во время беременности, благодаря сочности и рыхлости тканей, совершается легче, чем обычно. При неоперабельном раке за удалением плода следует надвлагалищная ампутация матки. В дальнейшем больная подвергается лучистой терапии.

В некоторых случаях, при рубцовом сужении наружного зева, раскрытие его после полного сглаживания шейки задерживается. В таких случаях можно попытаться сделать пальцевое расширение наружного зева, которое во многих случаях удается. Иногда инъекция морфия способствует расслаблению спастически сокращенного зева и ускоряет его раскрытие. Особенно легко удается расширение наружного зева после спинно-мозговой анестезии, предложенной с этой целью Дельма. Можно расширить наружный зев и металлическими расширителями Хегара, применяя большие номера. Во многих случаях после такого, даже неполного, расширения наружного зева, дальнейшее раскрытие совершается без всякого вмешательства.



В других случаях при рубцовом сужении уместно сделать несколько насечек, идущих в радиальном направлении. Для этой цели во влагалище вводятся зеркала, обнажается наружный зев, в него вводится тупая бранша ножниц на глубину  $1-1\frac{1}{2}$  см и производится разрез. Обычно достаточно бывает произвести 4 разреза, как я указывал, в радиальном направлении (рис. 154). Я бы не рекомендовал производить

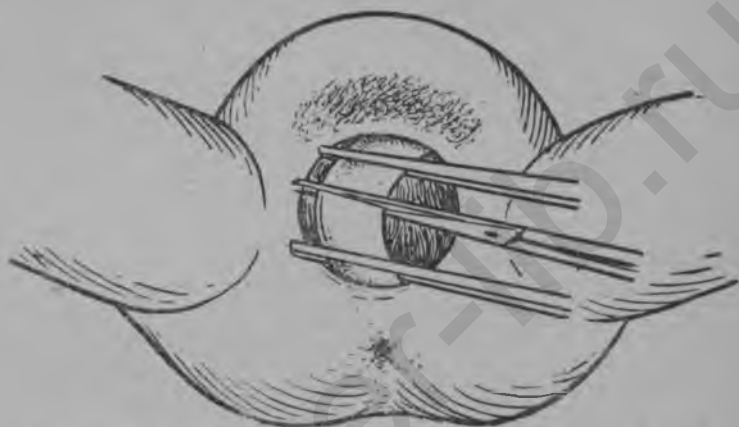


Рис. 155. Рассечение перегородки влагалища во время родов.

боковые разрезы, ибо в этих случаях при прохождении головки разрез может продолжиться дальше в сторону и нарушить целостность маточной артерии. В крайнем случае приходится прибегать к влагалищному кесарскому сечению.

В редких случаях наблюдается склеивание краев наружного зева, благодаря возникновению в нем рыхлых спаек. Пробуравливая образовавшиеся в зеве спайки пальцем или расширителем Хегара, обычно удается восстановить проходимость наружного зева. Если склеивание комбинируется с рубцовыми изменениями зева, поступают, как было выше описано.

Сужения влагалища, являющиеся препятствием для родов, могут быть врожденными и приобретенными. Из врожденных дефектов чаще всего приходится иметь дело с перегородкой влагалища, идущей в сагитальном направлении. Эта перегородка в большинстве случаев не является непреодолимым препятствием для родов и разрывается под напором подлежащей части. В тех случаях, когда перегородка все же задерживает продвижение подлежащей части, можно ее разрезать и обшить после рождения плода (рис. 155).

Относительно большее значение имеют поперечные рубцовые сужения влагалища, наблюдавшиеся после перенесенных в детстве инфекционных заболеваний, после прижиганий влагалища едкими веществами, после глубоких разрывов после оперативных родов и т. д. В некоторых случаях такие стенозы также раздаются, расправляются под напором подлежащей части. В других же случаях рубцы оказываются настолько мощными, что подлежащая часть не может преодолеть сопротивления, и роды затягиваются. Пальцевое и инструментальное расширения в большинстве этих случаев оказываются мало полезными. Поэтому приходится прибегать к рассечению рубцов через влагалище, а при очень мощных рубцах и к кесарскому сечению.

Мы принципиально производим кесарское сечение у тех рожениц, которые в прошлом имели фистулы, излеченные после операции. В большинстве случаев при повторных родах получается рецидив фистулы, для предупреждения которого мы извлекаем плод брюшно-стеночным путем.

## АНОМАЛИИ СОКРАЩЕНИЙ МАТКИ И БРЮШНОГО ПРЕССА.

Отклонения в течении родового акта могут зависеть от неправильной родовой деятельности, которая в этих случаях чаще всего проявляется в слабости, неправильном чередовании и кратковременности родовых схваток.

Иногда ослабление родовой деятельности возникает в самом начале родов, в начале периода раскрытия; в этих случаях говорят о первичной слабости схваток. В других случаях нормальная или бурная вначале родовая деятельность сменяется ослаблением сокращений матки и брюшного пресса — наступает вторичная слабость схваток или потуг. Вторичная слабость наблюдается либо в первом периоде родов, либо, чаще всего, в периоде изгнания.

Как известно, в процессе раскрытия шейки матки принимают участие следующие три фактора:

1. Действие околоплодного пузыря.
2. Действие подлежащей части.
3. Ритмические сокращения маточной мускулатуры.

Выпадение одного или нескольких из указанных факторов может быть причиной первичного ослабления родовой деятельности.

1. При раннем или преждевременном отхождении вод отсутствует клиновидное действие пузыря, и процесс раскрытия матки затягивается. Как известно, раннее или преждевременное отхождение вод наблюдается при несоответствии между подлежащей частью плода и тазом, при поперечных положениях, при ягодичных предлежаниях и т. д.

2. Подвижность подлежащей части, не опускающейся в малый таз, наблюдается также при несоответствии между подлежащей частью и тазом, при многоводии, при недоношенных, малых плодах, при поперечных положениях, при ягодичных предлежаниях и т. д.

3. Ослабление сокращений матки может зависеть от целого ряда моментов. Основную роль играют первичные и вторичные изменения маточной мускулатуры. Первичные изменения маточной мускулатуры имеют

место в случаях инфантилизма, при котором мышечные элементы маточной стенки в значительной степени заменены соединительно-тканными элементами. Недостаточность маточной мускулатуры наблюдается при пороках развития полового аппарата,—при раздвоениях матки, при астенической конституции.

Вторичные изменения маточной мускулатуры наблюдаются при перенесенных воспалительных процессах, у многоплодных, имеющих в прошлом трудные, осложненные роды и осложненный послеродовой период, при миоматозном перерождении матки, при разрывах и прободениях матки, при фиксации этого органа.

Первичная слабость схваток может наблюдаться и при недостаточном поступлении гормона задней доли гипофиза, вызывающего, как известно, сокращения маточной мускулатуры.

Неправильная родовая деятельность может быть также следствием перерастяжения матки, например, при двойне, при очень крупных плодах, при многоводии и т. д. Некоторые психогенные моменты также могут играть роль фактора, задерживающего правильные сокращения матки. Очень болезненные схватки и, особенно, болезненные потуги, сопровождающиеся болезненным растяжением мышц тазового дна и промежности, нередко задерживают родовую деятельность.

Вторичная слабость схваток наблюдается в тех случаях, когда мышца матки истощилась вследствие чрезмерных сокращений, наблюдающихся, например, при узком тазе, при рубцовых сужениях мягких родовых путей и т. д. Вторичная слабость схваток окажется особенно упорной в тех случаях, когда она комбинируется с изменениями маточной мускулатуры.

Лечение слабости родовых схваток должно быть причинным. В каждом случае первичной и вторичной слабости родовых схваток необходимо выяснять те факторы, которые вызвали это осложнение.

При наличии слабых схваток, вызванных недостаточностью маточной мускулатуры или вторичным ослаблением ее, уместно применение различных, сокращающих матку, веществ. Спорынья и ее препараты, эрготин, гинерген, секакорнин, корнютин и т. д. неприменимы во время родов, так как спорынья обычно вызывает тетанические сокращения матки; для правильной же родовой деятельности необходимы периодические, ритмические сокращения, при которых наступает расширение шейки и происходит поступательное движение плода.

При слабости родовых схваток в первом периоде родов

уместно назначать хинин в дозах по 0,2—0,3 с промежутками в 1—1½ часа от 3 до 5 раз. Целесообразно одновременно с дачей хинина *per os* производить и внутримышечные впрыскивания раствора хинина (по 1½ см<sup>3</sup> 25-проц. раствора *chinini bimuriatici*).

Вытяжки задней доли гипофиза в первом периоде родов не всегда дают эффект. Как известно, из задней доли гипофиза выделено несколько фракций: одна из них действует сосудосуживающим образом и носит название вазопрессина; другая оказывает антидиуретический эффект и, конечно, для наших целей непригодна; третья фракция, названная орастином, является миогенной субстанцией, вызывающей сокращения мускулатуры. В практической деятельности можно пользоваться либо указанным последним препаратом — орастином, либо, за неимением его, общей вытяжкой задней доли — питуитрином, питуикрином Р. В первом периоде родов питуитрин вводится дробными дозами — по 0,2—0,5 раз с промежутками в 1 час.

Помимо медикаментозного лечения при недостаточности родовой деятельности предложен ряд механических и термических раздражителей, усиливающих родовую деятельность.

Влагалищные души, при которых струя воды вводится под большим давлением, неприменимы с нашей точки зрения во время родов; во-первых, эффект их очень проблематичен; во-вторых, спринцевание влагалища при открытой шейке матки нецелесообразно как в отношении занесения инфекции, так и в отношении возможности эмболии. Поэтому мы не применяем влагалищных душ для усиления схваток.

Применявшиеся раньше общие теплые ванны можно заменить общим теплым душем в течение 7—10 мин.

Более приемлемым нам представляется введение в полость матки метрейринтера. Особенно уместным этот метод является в тех случаях, когда наблюдается преждевременное или раннее отхождение вод и когда предлежащая часть лежит высоко, не опускаясь в малый таз. Во время родов следует пользоваться объемистым метрейринтером, емкостью в 500—600 см<sup>3</sup>. Метрейринтер в сложенном виде при помощи корнцанга вводится в полость матки интравулярно (рис. 156). После введения метрейринтера корнцанг извлекается, метрейринтер наполняется известным количеством жидкости, в зависимости от его емкости. Трубка метрейринтера перевязывается либо пережимается пинцетом Кохера и к ней привешивается груз в 500—800 г. Обычно после введения метрейринтера возобновляется правильная родовая деятельность, и к моменту рождения его шейка оказывается почти вполне открытой.

При ягодичных и ножных предлежаниях введение метрейринтера можно заменить низведением ножки, допустимым лишь при невокотившихся ягодицах. К низведенной ножке привешивается небольшой груз в 300—400 г; опустившиеся благодаря этому ягодицы, раздражая нижний сегмент, усиливают родовую деятельность.

При головных предлежаниях и при соответствующих показаниях можно захватить головку двумя парами пулевых щипцов, к которым привязывается небольшой груз в 300—500 г. Благодаря этому головка опускается и раздражает нижний сегмент.

Как уже указывалось, введение метрейринтера показано, главным образом, в тех случаях, где имеет место преждевременное отхождение вод, как например, при узком тазе, при поперечных положениях и т. д.

В тех же случаях, когда слабость родовой деятельности вызвана чрезмерным растяжением матки, вполне уместно уменьшение напряжения матки, которое достигается разрывом плодного пузыря. Таким образом, при многоводии, в некоторых случаях многоплодия, сопровождающегося многоводием одного из пузырей, при головной водянке вполне уместен разрыв плодных оболочек. Отощедшие в обильном количестве воды уменьшают емкость матки, ослабляют ее напряжение, вследствие чего через некоторое время наступает правильная родовая деятельность.

Разрыв плодных оболочек у первородящих можно производить только при сглаженной шейке, т. е. при наличии достаточного открытия внутреннего зева и при недостаточном открытии на-

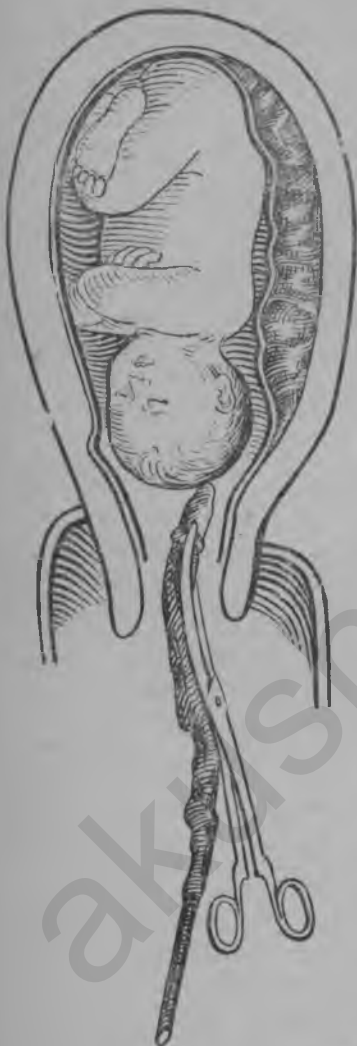


Рис. 156. Введение метрейринтера.

ружного зева. Разрывая плодные оболочки, надо стремиться к тому, чтобы не наступило сразу истечение большого количества вод, так как при этом может выпасть пуповина или мелкая часть. Поэтому целесообразно сделать небольшое отверстие не в самом зеве, а несколько сбоку и кверху от него.

В тех случаях, когда слабость родовой деятельности вызвана чрезмерной болезненностью схваток, вполне уместно обе зболивание одним из известных методов. При болезненных схватках хорошо действует пантопон (1,0 — 2-проц. раствора) под кожу в комбинации с белладонной (0,02) в свечках. При вторичной слабости родовой деятельности, помимо перечисленных мероприятий, вполне уместно дать отдых роженице, утомленной предыдущей родовой деятельностью. В тех случаях, когда роженица провела 1—2 бессонные ночи, когда она истомилась от боли, необходимо дать ей отдохнуть. 1 или  $\frac{1}{2}$  см 2-проц. раствора пантопона в большинстве случаев бывает достаточно для того, чтобы вызвать у усталой роженицы сон, после которого у нее наступает правильная родовая деятельность. Необходимо помнить и о том, что общий упадок сил во время родов также неблагоприятно отражается на родовой деятельности; поэтому необходимо следить за тем, чтобы роженица принимала достаточное количество пищи; необходимо ее поить молоком; хорошо действует черный кофе, небольшие дозы вина и т. д.

Почти всегда при умелом назначении одного из указанных методов, которое должно базироваться на причинных моментах ослабления родовой деятельности, удастся восстановить правильные, ритмические сокращения матки.

При вторичной слабости потуг, имеющих место во втором периоде родов, показано применение питуитрина, который вводится в больших количествах, чем в первом периоде. Необходимо помнить о том, что во втором периоде принимают участие не только сокращения маточной мускулатуры, но и сокращения брюшного пресса; вполне понятно, что расслабление его у многорожавших женщин, при расхождении прямых мышц живота, у женщин астенической конституции может значительно затян timer изгнание плода. Поэтому во втором периоде родов при ослаблении потуг, помимо медикаментозного лечения, вполне уместно применение методов, заменяющих влияние брюшного пресса.

Мы в нашей практике, при вторичной слабости потуг во втором периоде родов, при опустившейся глубоко в полость таза предлежащей части, поступаем следующим образом. Сначала инъецируем питуитрин (0,5); если по прошествии 15 мин. родовая деятельность не усиливается, впрыскиваем указанную дозу повторно. Вводя питуитрин,

необходимо иметь в виду то, что это вещество иногда может также вызвать тетаническое сокращение маточной мускулатуры, грозящее гибелью плоду. Поэтому мы, впрыскивая питуитрин, одновременно приготавливаем щипцы для того, чтобы в случае необходимости можно было бы сразу извлечь плод. Если впрыскивание питуитрина не оказывает эффекта, мы применяем выжимание плода. С этой целью можно пользоваться либо бинтом Вербова, либо способом Кристеллера. В тех случаях, когда бинт Вербова отсутствует, можно пользоваться простыней, сложенной вдвое по

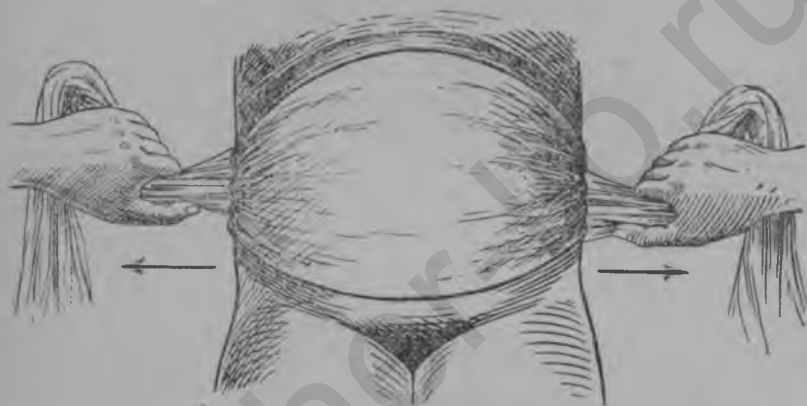


Рис. 157. Выдавливание плода при помощи простыни, наложенной на живот.

диагонали. Простыня кладется на живот роженицы, оба конца простыни подводятся под спину роженицы. Во время потуги лица, держащие концы простыни, постепенно их натягивают, и, подержав 30—40 сек. в натянутом положении, постепенно опускают (рис. 157). Этим отчасти заменяется действие разошедшихся мышц живота.

Если применение этого метода оказалось безрезультатным, можно испробовать метод Кристеллера. С этой целью ладони обеих рук кладутся на дно матки. Пальцы обхватывают боковые и часть передней стенки матки. Во время сокращения последней производится выдавливание плода по продольной оси матки, в направлении к выходу таза; руки в это время оказывают давление не только на дно матки, но и на ее боковые и переднюю поверхность (рис. 158). Слабое вначале давление постепенно усиливается и, оставаясь некоторое время на одной высоте, постепенно ослабляется. Можно применять одновременно и бинт Вербова и выжимание плода по Кристеллеру. Применяя способ Кристеллера,



допустимый при опустившейся в полость таза головке, следует избегать чрезмерного давления на матку; грубое применение способа Кристеллера может вызвать преждевременную отслойку плаценты и вести к разможжению маточ-



Рис. 158. Выжимание плода по Кристеллеру.

ной стенки. В случаях применения питуитрина, когда указанные способы выжимания плода окажутся безрезультатными, приходится при наличии соответствующих показаний заканчивать роды наложением щипцов.

Реже, чем с ослаблением схваток, акушеру приходится иметь дело с чрезмерно бурными схватками, кото-

рые иногда могут перейти в тетанус. Такие бурные схватки, обычно, наблюдаются при несоответствии между плодом и родовыми путями матери, при сужениях мягких родовых путей. В других случаях чрезмерные сокращения матки наступают после грубых манипуляций медицинского персонала, после грубых расширений шейки, после грубых попыток извлечения при ягодичных предлежаниях при недостаточном открытии и т. д. Чрезмерные сокращения матки требуют чрезвычайного внимания со стороны акушера, ибо они нередко являются одним из симптомов угрожающего разрыва матки. Поэтому применение каких бы то ни было методов, усиливающих родовую деятельность, при этом является недопустимым. При чрезмерно бурной родовой деятельности уместно назначение препаратов опия (опийной настойки, а еще лучше подкожное введение морфия или пантопона), которые в большинстве случаев умеряют родовую деятельность. В тех случаях, когда чрезмерно бурные схватки являются признаком угрожающего разрыва матки, встает вопрос о бережном опорожнении последней, о чем будет подробно изложено в главе о разрывах матки.

## РОДЫ ПРИ НЕПРАВИЛЬНЫХ ПОЛОЖЕНИЯХ ПЛОДА.

### Поперечные и косые положения.

Поперечные и косые положения плода являются серьезным осложнением. В нормальных случаях — при продольных положениях плода ось последнего совпадает с вертикальной осью матки; при поперечных положениях ось плода и ось матки составляют почти прямой угол; при косых положениях ось плода и ось матки составляет острый угол различной величины. Поскольку течение родов при поперечных и косых положениях почти идентично, мы имеем полное основание в нашем изложении не различать поперечных положений от косых.

Частота указанных неправильных положений колеблется в значительных пределах. На нашем материале поперечные и косые положения встретились в 0,9% всех родов. Другие статистики дают меньшие цифры — 0,5%, 0,3%. Особенно высокий процент поперечных положений наблюдается в Бреславе (1,8%).

То обстоятельство, что поперечные положения значительно чаще наблюдаются у многорожавших, чем у первородящих, дает вполне основательный повод считать, что растяжение матки и брюшного пресса является одним из этиологических факторов поперечного положения плода. В Воронежской клинике среди всех рожениц с поперечным положением первобеременные составляют всего лишь 19%, а в некоторых других учреждениях — еще меньший процент.

Матка, имеющая нормальную мускулатуру, сохраняет форму овоида, к которой приспособляется и плод, находящийся в продольном положении. При перемене плодом своего положения упругие стенки матки, стремящейся принять овоидную форму, направляют плод в продольное положение; растянутые же стенки матки не реагируют на перемену положения плода и не в состоянии перевести его из поперечного положения в продольное. Растянутый брюшной пресс дает возможность расслабленной матке менять свое положение и отклоняться вперед или в стороны. Это обстоятельство

также предрасполагает к занятию плодом поперечного или косого положения.

Следующим фактором, благоприятствующим образованию указанного положения, является несоответствие между входом в таз и подлежащей частью. В нормальных условиях подлежащая часть в конце беременности прижимается ко входу в таз и плотно обхватывается нижним отделом матки. Благодаря этому плод сохраняет сравнительно устойчивое положение. При наличии же несоответствия между подлежащей частью и входом в таз, подвижный плод может менять свое положение. Если к этому присоединяется ослабление маточной стенки, то образовавшееся неправильное положение не выправляется и может остаться стабильным. Несоответствие между головкой и тазом прежде всего может зависеть от узости последнего. И действительно, узкий таз при поперечных положениях встречается сравнительно часто — от 10 до 35% всех случаев. На нашем материале узкий таз при поперечных положениях встречается еще чаще (47,6%).

Такое же несоответствие может наблюдаться при наличии опухолей, локализующихся в малом тазу и уменьшающих емкость последнего. Предлежания детского места, встречающиеся приблизительно в 10% всех случаев поперечного положения, также мешают опусканию головки в таз. Аналогичный эффект может получиться и в случае нормального таза при очень крупном плоде и при водянке головы. При двойне первый плод, опустившись в таз, мешает опущению второго плода, который в этом случае, как известно, нередко находится в поперечном положении.

Иногда второй плод принимает поперечное положение после рождения первого плода, благодаря тому, что полость матки оказывается слишком просторной для него.

Врожденные изменения формы матки (*uterus arcuatus*, *ut. bicornis*, *ut. partim septus*) могут способствовать неправильному поперечному или косому положению плода. Наконец, чрезмерная подвижность плода, наблюдающаяся при многоводии, при мелких плодах, при недоносах, также является фактором, благоприятствующим образованию неправильного положения. На нашем материале из всех случаев поперечного положения 10-мес. беременность констатирована в 33,3% случаев, 9-мес. беременность также в 33,3%; остальные 33,3% падают на более ранние сроки.

При поперечных и косых положениях мы различаем первую позицию при нахождении головки слева, вторую позицию — при нахождении головки справа. Вид различается в зависимости от того, куда обращена спинка: при обращении

спинки вперед, говорим о переднем виде, при обращении спинки назад — о заднем (рис. 159). Не всегда спинка обращена строго вперед или назад; чаще она обращена вперед и несколько книзу или назад и несколько кверху. Сердцебиение при поперечных положениях обычно выслушивается на уровне пупка или несколько ниже, в сторону от белой линии — ближе к головке.

Диагностика поперечных и косых положений во время беременности в подавляющем большинстве случаев никаких затруднений не представляет. Уже форма живота может дать некоторые указания в этом отношении: дно матки лежит значительно ниже, чем обычно, живот оказывается более растянутым в поперечном направлении. Первым приемом Леопольда констатируется, как уже указывалось, расположение дна матки ниже обычного; при втором приеме Леопольда с одной стороны определяется плотная круглая, легко подвижная часть — головка, с противоположной стороны крупная мягкая, мало подвижная часть — ягодицы; головка и ягодицы могут лежать на одном уровне; в этих случаях ось плода лежит перпендикулярно к оси матки (поперечное положение); при косых положениях одна из указанных частей плода лежит выше

другой; ось плода проходит косо, составляя с осью матки острый угол (рис. 160). При помощи III и IV приемов Леопольда обнаруживают, что вход в малый таз является свободным из-за отсутствия прележащей части. При передних видах



Рис. 159. *Uteris orcuatus*. Поперечное положение плода.



Рис. 160. Косое положение плода.

определяется через брюшные покровы объемистая плотная спинка, при задних видах, наоборот, определяется обилие мелких частей. Затруднения для диагностики поперечного положения во время беременности могут представлять случаи многоводия,



Рис. 161. С выпавшей ручкой здорова-  
ется правая рука акушера. Боль-  
шой палец выпавшей ручки обращен  
вправо.

случаи двойни, когда паль-  
пация затруднена следст-  
вие перерастяжения и напря-  
женности стенок матки. В  
этих случаях может ока-  
заться полезным рентгенов-  
ское исследование. Внутрен-  
нее исследование во время  
беременности оказывается  
почти бесполезным для оп-  
ределения поперечного по-  
ложения.

Во время родов диаг-  
ноз более затруднителен,  
ибо, вследствие сокращения  
матки, особенно после от-  
хождения вод, с трудом  
удается пальпация частей  
плода. В этих случаях диаг-  
ноз может быть установлен  
путем внутреннего исследо-  
вания, причем более точные  
данные получают после  
отхождения вод. Для того,  
чтобы получить убедитель-  
ные данные при поперечных  
положениях, целесообразно

в некоторых случаях войти во влагалище всей рукой и, таким  
образом, производить внутреннее исследование. Выпадающая  
нередко ручка может дать некоторые указания относительно по-  
зиции и вида плода. Для того, чтобы определить, какая ручка  
выпала — правая или левая, можно рекомендовать два приема.  
Один прием заключается в том, что вы мысленно здороваетесь  
с выпавшей ручкой. Если вам удастся поздороваться правой  
рукой — следовательно, выпала правая ручка, если удастся  
поздороваться левой рукой — выпала левая ручка. Второй  
прием заключается в следующем: вы поворачиваете выпавшую  
ручку ладонью кверху; если при этом большой палец обращен  
вправо — это служит указанием на выпадение правой ручки  
(рис. 161), если палец направлен влево — выпала левая ручка  
(рис. 162).

При внутреннем исследовании в зеве ощущается бок

плода; продвинув руку глубже, определяют и плечо его. Иногда в зеве определяется мелкая часть — ручка или ножка. Для их отличия можно руководствоваться следующими данными. Пальчики на ручке длиннее, чем на ножке; большой палец на ручке отстает от других в то время, как пальчики ножки плотно прижаты друг к другу. Особенно убедительным является определение пяточного бугра, наличие которого с несомненностью свидетельствует о предлежании ножки. Для определения позиции плода следует достичь подмышечной впадины (рис. 163). Если впадина окажется закрытой справа, то это служит указанием на то, что головка лежит справа. Если впадина закрыта слева, — головка находится слева. Для определения вида плода руководствуются расположением спинки или грудки плода. Спинка плода узнается по треугольной лопатке и по остистым отросткам позвонков; грудка плода узнается по ключице или по ребрам. Если лопатка плода обращена вперед, имеем дело с передним видом, если спереди обнаруживаются ребра или ключица — вид задний.

Для начинающего иногда представляется затруднительным нахождение лопатки или ребер. В этих случаях представление о виде плода можно составить на основании места распо-



Рис. 162. С выпавшей ручкой здоровается левая рука акушера. Большой палец обращен влево.



Рис. 163. Исследующий палец достигает до подмышечной впадины, спинка плода узнается по лопатке и остистым отросткам позвонков.

жения головки и характера выпавшей ручки. Например, если головка лежит влево, а выпала правая ручка, речь может идти о переднем виде. Выпадение левой ручки при головке, направленной влево, свидетельствует о наличии заднего вида. При головке, лежащей вправо, будут обратные взаимоотношения. Производя исследование при целом плодном пузыре, следует помнить о том, что грубые манипуляции



Рис. 164. Самоизворот (начало).

вызовут разрыв пузыря, являющийся нежелательным осложнением при родах; поэтому при целом пузыре внутреннее исследование должно производиться с максимальной осторожностью. Это тем более целесообразно, что показания для тех или иных лечебных манипуляций при поперечных положениях появляются лишь после отхождения вод. Указанными методами во всех почти случаях удастся диагностировать поперечное или косое положение, и ни в одном лечебном учреждении оно не может и не должно быть просмотрено.

Течение родов при поперечных положениях сопровождается целым рядом, подчас, тяжелейших осложнений. Прежде всего следует помнить, что самостоятельные роды возможны только при совпадении оси плода с вертикальной



осью матки. Лишь в редких случаях, при поперечных положениях, возможны самостоятельные роды без акушерского вмешательства. В некоторых случаях (2—3%) наблюдается самопроизвольный поворот (*Versio spontanea*); матка, сокращаясь, направляет одну часть плода книзу, другую часть



Рис. 165. Самоизворот почти закончен.

плода — кверху, благодаря чему поперечное положение переходит в правильное — продольное. Как я уже указывал, такой исход является редким, счастливым исключением. В других очень редких случаях при малых мацерированных плодах возможны роды и при поперечном положении. В одних случаях происходит так называемый самоизворот (*evolutio spontanea*). Под влиянием потуг плод опускается все ниже и ниже, вкочлачивается предлежащее плечо (рис. 164). В дальнейшем под влиянием сильных потуг мимо опустившегося плеча про-скальзывает соответствующий бок ребенка, соответствующая ягодица, затем вторая ягодица, выпадают ножки, и плод принимает ягодичное предлежание, в котором происходит

рождение плечиков и последующей головки (рис. 165). В других случаях происходят роды сдвоенным телом (*partus concludicato corpore*). Под влиянием потуг плод как бы складывается вдвое, причем головка плода, в буквальном смысле слова, вдавливается в его животик; таким образом, после



Рис. 166. Роды сдвоенным телом.

рождения плечиков вместе с грудкой одновременно проходит через таз и через половую щель головка и туловище плода; последними рождаются ягодички с ножками (рис. 166). Как уже указывалось, последние 2 исхода возможны при очень малых плодах. Даже в тех редких случаях, когда такие роды происходят при живом вначале плоде, последний в подавляющем большинстве случаев погибает во время изгнания.

Течение родов при поперечном положении, предоставленное силам природы, сопровождается определенными осложнениями как в первом, так и во втором периоде. Для первого периода характерными яв-

ляются слабые редкие схватки. Напомним, что раскрытие шейки происходит благодаря трем факторам:

1. Сокращением мускулатуры тела матки, во время которых растягивается круговая мускулатура нижнего сегмента матки и шейки.
2. Благодаря клиновидному действию плодного пузыря.
3. Благодаря опусканию предлежащей части.

При поперечных положениях последний компонент всегда отсутствует, ибо в начале родов предлежащей части нет. Второй компонент — воды — также во многих случаях скоро исчезает, ибо при поперечных положениях преждевременное и раннее отхождение вод — частое явление, по нашим данным, в 40%; в момент отхождения вод нередко выпадает ручка (в 23,8% по нашим наблюдениям) и пуповина. Как известно, при затылочном предлежании плодный мешок как бы разделяется на две камеры: нижнюю камеру — с незначительным количеством вод и заднюю — с остальным, более обильным

количеством вод. Во время схваток при затылочном предлежании сообщения между передними и задними водами не происходит, и нижний полюс плодного пузыря не испытывает большого напряжения. При поперечном положении во время схваток вся масса вод устремляется книзу, плодный пузырь не выдерживает и рвется. И если до разрыва пузыря схватки при поперечных положениях вялы и редки, то после разрыва его они делают еще более слабыми и редкими, и родовая деятельность на некоторое время еще более ослабевает или вовсе прекращается. Однако, в дальнейшем, родовая деятельность возобновляется, плод опускается ниже; самым низким пунктом его становится плечо — получается плечевое предлежание. С этого момента благодаря появлению предлежащей части схватки или потуги усиливаются, полый мускул стремится освободиться от своего содержимого. Весь плод уже целиком изгоняется в расширенный нижний сегмент, который испытывает при этом максимальное растяжение (рис. 167).

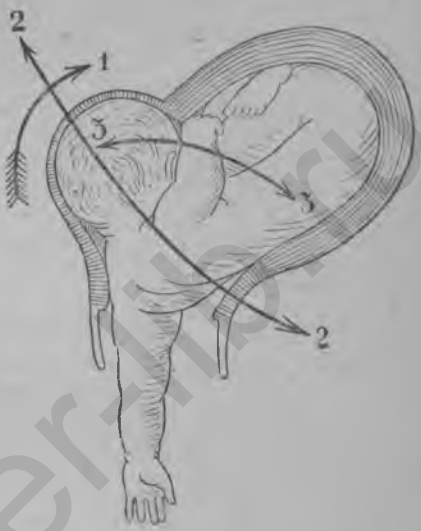


Рис. 167. Перерастяжение нижнего сегмента при запущенном поперечном положении.

Последнее происходит вследствие следующих моментов:

1. Длительных и сильных сокращений полого мускула, стремящегося освободиться от своего содержимого и усиливающего циркулярное растяжение и без того растянутых до крайности круговых волокон нижнего сегмента (2—2).

2. Помимо этого, последний растягивается ненормальным для него содержимым, каким является большая часть плода, изгнанная из полого мускула.

3. Вследствие естественного тонуса, резко согнутый плод стремится разогнуться; благодаря этому нижний сегмент растягивается в стороны, причем наибольшее растяжение заметно на той стороне, где находится головка (3—3).

4. При каждой схватке происходит растяжение нижнего сегмента и в продольном направлении (1).

В конце концов растянутый до крайности нижний сегмент не выдерживает и, обычно, на высоте потуги разрывается. При

поперечных положениях продольные разрывы происходят чаще, но нередко случаи поперечных разрывов и случаи сопорorrhesis'a — отрыва шейки от влагалищных сводов. Опасность для матери неизбежна и в тех случаях, когда разрыва матки не происходит. По выпавшей ручке инфекция, обычно, проникает в полость матки, содержимое ее разлагается, и больная погибает от общего заражения. Кровообращение плода, вследствие тетанических сокращений матки, нарушается, и плод при запущенных положениях гибнет. Значительный процент детей гибнет во время поворота, особенно комбинированного, и последующего извлечения.

На основании изложенного обозначаются те осложнения, которые при поперечных положениях угрожают матери и плоду. Материнская смертность при этом колеблется от 4 до 6%, детская смертность — от 20 до 30%. Мы на нашем материале 1936 г. на 21 случай поперечных положений не потеряли ни одной матери; общая же детская смертность составляет 28,5%, включая сюда доношенные и недоношенные плоды.

Материнскую и детскую смертность можно уменьшить только оказанием своевременной акушерской помощи. Совершенно прав один из старых акушеров, высказавший такой афоризм: „акушер, предоставляющий течение родов при поперечном положении силам природы, уподобляется человеку, который во время пожара спокойно кладет руки за спину и ждет, пока появится дождь и потушит пожар“.

Помощь акушера при поперечных и косых положениях плода должна быть оказана еще во время беременности. Конечно, если определяется поперечное положение на 7—8 и 9-м месяцах беременности, наша помощь будет беспредельна и излишня, так как многие случаи поперечных положений, констатируемые в это время, к концу беременности выправляются сами собой. Если же поперечное положение оказывается стойким и обнаруживается за 2 недели, за 10 дней до родов, с нашей точки зрения, оно требует безусловного исправления при помощи наружного поворота и последующей фиксации плода в правильном положении. Некоторые авторы возражают против производства наружного поворота в консультациях. Это возражение совершенно неосновательно, так как большинство акушеров, и мы в том числе, при умелом, бережном производстве наружного поворота в конце беременности не видели никаких осложнений. С другой же стороны, в подавляющем большинстве случаев, такой образ действий дает нам возможность перевести неправильное положение в правильное. Это тем более необходимо сделать во время беременности, что с наступлением родов не всегда

возможно успеть сделать наружный поворот, так как роже-ница может поступить с отошедшими водами; преждевременное и раннее отхождение вод, как уже указывалось, часто осложняет течение родов при поперечном положении.

Производство наружного поворота совершается следующим образом (рис. 168).

Прежде всего следует решить вопрос о том, какую часть плода удобней сделать предлежащей — головку или ягодицы. При нормальном тазе, при отсутствии предлежания детского места, целесообразнее всего повернуть ребенка на головку. В остальных случаях вполне уместно повернуть плод на ягодицы для того, чтобы в случае нужды можно было своевременно низвести ножку. При производстве наружного поворота одной рукой обхватывают ту часть, которую стараются повернуть книзу, располагая руку над этой частью. Другая же рука подводится под противоположную часть плода. Первая



Рис. 168. Наружный поворот при поперечном положении.

рука отталкивает охваченную часть по направлению книзу, вторая же рука отталкивает противоположную часть по направлению ко дну матки. Эти движения производятся либо одновременно, либо поочередно: сначала подталкивается нижняя часть книзу, а затем отталкивается верхняя часть вверх. Если отталкивание головки книзу сопряжено с трудностями, надо сделать предлежащей ту часть, которая лежит ниже. Как известно, чаще наблюдаются не поперечные, а косые положения, при которых либо ягодицы, либо головка лежат несколько ниже. Если первая попытка не удалась, не следует терять надежды, можно повторить попытку — произвести наружный поворот на следующий день. Нередко последующие попытки оказываются более удачными. Приведя плод в продольное положение, необходимо его в таком положении зафиксировать. Для этой цели можно либо иметь специальный готовый бандаж, либо в каждом случае такой бандаж импровизировать. Для того, чтобы предлежащая часть не отклонялась, ее фиксируют валиком с той стороны, куда она

имеет тенденцию отклониться. Другим валиком с противоположной стороны фиксируется та часть плода, которая находится у дна матки (рис. 169). Положив таким образом валики, их закрепляют широким бинтом. Указанный бандаж кладется на один-два дня, после чего беременная снова яв-

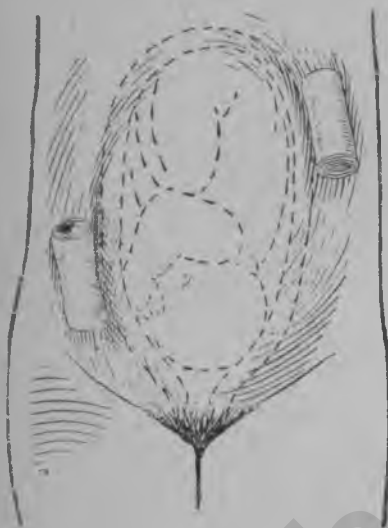


Рис. 169. Фиксирование повернутого плода при помощи бандажа и валиков.

ляется на осмотр; проверяется положение плода; в случае обнаружения неправильного положения поворот повторяется снова. Беременная носит бандаж до тех пор, пока не установится стойкое продольное положение плода. Помимо этого, ей рекомендуют лежать на той стороне, куда имеет тенденцию отклониться предлежащая часть. Если наши попытки оказываются все-таки безуспешными, и поперечное положение остается стойким, больную необходимо направить в стационар за 10—12 дней до родов.

Действия врача при родах поперечным положением будут зависеть от того, в каком состоянии находится родовой акт. Вам придется встречаться со следующими возможностями.

1. Плодный пузырь цел, открытие недостаточное — 1—2—3 пальца. В этих случаях все наши условия следует направить на сохранение вод. С этой целью больная укладывается на кровать, лучше в положении на том боку, куда стремится отклониться предлежащая часть; во влагалище вводится объемистый резиновый баллон, наполненный жидкостью. Этот кольпёринтер, оказывая противодавление на плодный пузырь, предотвращает преждевременный разрыв его. После введения баллона можно попытаться произвести наружный поворот. В случае неуспеха этой попытки, выжидают полного открытия матки. Если удастся сохранить воды до полного открытия, производится внутренний поворот плода на ягодицы и немедленное его извлечение.

2. Поступает роженица с сохранившимися водами при полном открытии. Такие случаи, к сожалению, встречаются редко. Тут следует попытаться произвести наружный поворот; если это удастся не сразу, показан внутренний поворот и немедленное извлечение плода.

3. Открытие неполное, воды прошли. Если воды прошли недавно, плод подвижен, можно попытаться произвести наружный поворот. Если же это представляется затруднительным, не следует настаивать на его производстве, ибо это может способствовать дальнейшему отхождению вод. В этих случаях, на нашем опыте, наиболее целесообразным оказалось введение в матку большого резинового баллона емкостью в 400—500 см<sup>3</sup>. Указанный метрейринтер наполняется жидкостью, к нему привешивается тяжесть в 400—500 г. Под влиянием баллона родовая деятельность возобновляется, матка постепенно раскрывается, воды не вытекают; к моменту рождения метрейринтера происходит полное открытие, плод сохраняет свою подвижность; производится внутренний поворот и немедленное извлечение плода. Если во время отхождения вод выпала ручка или пуповина, не следует делать попыток для их вправления, за исключением тех случаев, когда вводится метрейринтер. Рекомендуемое некоторыми авторами производство при неполном открытии комбинированного поворота по Braxton-Hicks'у нецелесообразно; во время этого поворота нередко получается смещение мелких частей плода, затрудняющее в дальнейшем его извлечение. Этим объясняется, что число мертворождений после поворота по Braxton-Hicks'у очень велико.

4. Полное открытие, прошедшие воды. Тут следует различать запущенное и незапущенное поперечные положения. При запущенном поперечном положении, когда подлежащее плечо глубоко вклинилось в таз, когда плод плотно схвачен стенкой матки, когда налицо перерастяжение нижнего сегмента и высокое косоое положение контракционного кольца, производство поворота является недопустимым, ибо оно влечет за собой неминуемый разрыв матки. В данном случае показана декапитация или эмбриотомия плода под глубоким наркозом.

При незапущенных поперечных положениях, при недавно отошедших водах, при опустившемся, но не вколотившемся плече, при относительной подвижности плода очень опытный акушер может сделать попытку внутреннего поворота. Мало опытный акушер и в этом случае вынужден идти на декапитацию и эмбриотомию даже при живом плоде. В некоторых случаях можно применить кесарское сечение. Предложение ряда авторов применять кесарское сечение при запущенном поперечном положении нам кажется недопустимым, ибо в большинстве этих случаев инфекция, безусловно, проникает в матку, а вскрытие последней сопряжено со смертельной опасностью для матери. Кесарское сечение в этих случаях тем более неуместно, что дети при запущенных поперечных положениях, как правило, погибают. Кесарское сечение можно рекомен-

довать в тех случаях, когда при недавно прошедших водах поворот невозможен, а мать настаивает на живом плоде. Кесарское сечение мы производим и в тех случаях поперечного положения, когда оно комбинируется с другими осложнениями, как, например, со значительными степенями узкого таза, с центральным предлежанием детского места. Несколько раз мы производили в интересах плода кесарское сечение у женщин, у которых поперечные положения наблюдались при нескольких предыдущих родах и закончились гибелью плодов, несмотря на пребывание рожениц в благоустроенных родильных учреждениях.

### **Разогнутые предлежания головки.**

Как известно, из всех головных предлежаний самым частым является затылочное, при котором головка испытывает максимальное сгибание. Значительно реже головка проходит таз и промежность в разогнутом состоянии. При незначительном разгибании головки образуется передне-головное предлежание (рис. 170), при резком разгибании — лицевое предлежание (рис. 171). Промежуточным между этими двумя положениями является лобное предлежание (рис. 172).

Причинами разогнутых положений головки считаются средние степени сужения таза, чрезмерная подвижность затылочно-шейного сочленения, уродства плода, опухоли в области шеи как зоб, мешающие сгибанию головки, опухоли в области крестца плода, подслизистые опухоли матки. Аналогичный эффект может оказать выпадение ручки плода, помещающейся на уровне шейки плода и мешающей, следовательно, подбородку прижаться к груди. Некоторое значение имеют изменения тазового дна, затрудняющие поступательное движение головки в согнутом положении. Некоторое сужение выхода из таза также может играть роль этиологического фактора в происхождении разогнутых положений. Обширный таз, маленький, недоношенный плод при нормальном тазе также могут быть причинами указанных предлежаний.

Механизм родов при разогнутых положениях аналогичен механизму при затылочных, с той разницей, что здесь в начале родового акта происходит более или менее резкое разгибание головки; сгибание же ее происходит в момент ее прорезывания. При затылочном предлежании, как известно, наблюдается обратное явление. В механизме нормальных родов различаются следующие 5 моментов: I момент — уменьшение предлежащей части за счет максимального сгибания головки; II момент — опущение предлежащей части, т. е. го-



ловки, в согнутом положении; III момент — внутренний поворот, благодаря которому предлежащая головка становится в прямом размере выхода таза; IV момент — рождение предлежащей головки, при котором происходит ее разгибание, и V момент — рождение туловища.

При разогнутых положениях первый момент отличается тем, что головка вместо сгибания производит разгибание, незначительное при передне-головном предлежании, среднее — при лобном предлежании и максимальное — при лицевом предлежании. Головка в таком разогнутом состоянии находится во входе в таз в поперечном его размере.

Во время второго момента при опускании предлежащей части при передне-головном предлежании проводной точкой является большой родничок, проводной осью — стреловидный шов. В большинстве случаев передне-головного предлежания при опускании головки в полость таза стреловидный шов находится в поперечном размере, переходя в тазовой, а далее в прямой почти у тазового дна. Большой родничок занимает наиболее низкое положение и при переходе головки в косой или прямой размер поворачивается кпереди. При лобных предлежаниях проводной точкой является область, находящаяся над бровями, проводной линией — лобный шов. При лицевых предлежаниях проводной точкой является подбородок, провод-



Рис. 170. Передне-головное предлежание.



Рис. 171. Лицевое предлежание.

является подбородок, провод-

ной линией — линия лица, соединяющая подбородок с корнем носа.

Во время третьего момента разогнутая предлежащая головка становится в прямом размере выхода таза. При передне-головных предлежаниях, как уже указывалось, большой родничок направлен кпереди (рис. 173); при лобных предлежаниях направленным кпереди, в подавляющем большинстве случаев, является корень носа (рис. 174), при лицевых — подбородок (рис. 175). В редких случаях при лобных предлежаниях корень носа, а при лицевых — подбородок поворачивается кзади. Эти комбинации являются самыми неблагоприятными для родов.



Рис. 172. Лобное предлежание.



Рис. 173. Передне-головное предлежание; головка находится в прямом размере выхода таза.

В четвертом моменте рождение головки при передне-головном предлежании совершается следующим образом: под лоно подходит и в него упирается часть головки на границе между лобной и волосистой частью; эта часть головки является осью, вокруг которой происходит сгибание ее: рождается темя и затылок (рис. 176). После рождения темени и затылка снова происходит незначительное разгибание, — рождается лобик и личико. При лобных предлежаниях сначала рождается лобик. В лонную дугу упирается корень носа, после чего происходит сгибание и над промежностью выкатывается темя и затылок (рис. 177). Затем головка опускается вниз и из-под лона выкатывается личико. При лицевых предлежаниях сначала рождается лицо. Выкатившийся подбородок упирается в лонную дугу, после этого происходит сгибание головки: рождается над промежностью лобик, темя и затылок (рис. 178). Рождение предлежащей

При лицевых предлежаниях сначала рождается лицо. Выкатившийся подбородок упирается в лонную дугу, после этого происходит сгибание головки: рождается над промежностью лобик, темя и затылок (рис. 178). Рождение предлежащей

головки при передне-головных и лицевых предлежаниях совершается, как правило, в прямом размере, при лобных же предлежаниях, в некоторых случаях, головка может родиться в косом, либо в поперечном размере. Рождение туловища в V момент, т. е. при данных предлежаниях, не отличается от рождения туловища при затылочных предлежаниях.

Диагноз передне-головного предлежания и лобного путем наружного исследования, обычно, невозможен; при лицевых же предлежаниях между спинкой и отклонившимся затылком прощупывается глубокая борозда. Патогномичным для лицевых предлежаний является выслушивание сердцебиения не со стороны спинки, как обычно, а со стороны животика, благодаря тому, что при некотором выгибании туловища животик и грудка плода чаще всего плотно прилежат к передней брюшной стенке. При внутреннем исследовании диагноз в большинстве случаев затруднений не представляет. При передне-головном предлежании прощупывается большой родничок, направленный кпереди и принимающий самое низкое положение. При лобных предлежаниях прощупывается корень носа, надбровные дуги, лобный шов; большой родничок, обычно, недостижим. При лицевых предлежаниях прощупывается нос и ротик плода.

Определение ротика плода в некоторых случаях может дать повод к смещению лицевого предлежания с ягодичным. Следующие моменты могут помочь разобраться в этом случае: при лицевых предлежаниях легко определяется подбородок, а с противоположной стороны корень носа и надбровные дуги; если попадают пальцем в рот, ребенок может сделать сосательное движение; ощупывая нос, можно выше определить глаза и надбровные дуги. Но не следует усердствовать в отыскивании глаз, ибо известны случаи,



Рис. 174. Лобное предлежание. Головка находится в прямом размере выхода таза.



Рис. 175. Лицевое предлежание. Лицо находится в прямом размере выхода таза.

когда после энергичного исследования рождались дети с вывернутыми глазами. В отличие от лицевых предлежаний, при ягодичных по бокам от ануса прощупываются седалищные бугры. Наконец, палец, введенный в прямую кишку плода, может оказаться в меконии.



Рис. 176. Рождение головки при передне-головном предлежании (Штекель).

Течение родов при всех разогнутых положениях несколько отличается от течения родов при нормальных положениях. В особенности это касается второго периода, периода изгнания плода. Если в периоде раскрытия значительных отклонений от обычного течения родов не наблюдается, то период изгнания, как правило, задерживается на многие часы, ибо при всех разогнутых положениях головка прорезывается не наименьшим своим — малым косым — размером, а другими, гораздо большими размерами: при лобном предлежании головка прорезывается почти прямым размером, при передне-головном предлежании прорезывание происходит размером, занимающим среднее положение между прямым и большим косым, при лицевом — ребенок прорезывается большим

косым размером (рис. 179). Все эти размеры, как известно, значительно больше малого косога размера, которым происходит прорезывание при затылочном предлежании. Это обстоятельство приводит к тому, что роды затягиваются, а число разрывов промежности и повреждений мягких родовых путей при указанных предлежаниях значительно выше, чем при нормальном затылочном предлежании. Материнская заболеваемость и смертность и детская смертность значительно выше, чем обычно. Надо все-таки сказать, что повышение материнской заболеваемости и смертности вызывается не столько указанными положениями, сколько ненужными, зачастую лишними, врачебными манипуляциями. Следует помнить, что в большинстве случаев роды, механизм их совершаются нормально; имеет место лишь удлинение второго периода родов.

Акушерская помощь может потребоваться, если нет других осложнений, не связанных с указанными предлежаниями, главным образом, во втором периоде родов. При затянувшихся родах приходится накладывать щипцы, производить перинеотомию и в некоторых случаях, при гибели плода — перфорацию его головки. Рекомендованное некоторыми авторами ручное изменение предлежания, при котором вводят руку в полость матки, и головку из разогнутого положения переводят в согнутое, не заслуживает внимания. Мы это утверждаем на основании того, что такие манипуляции редко



Рис. 177. Рождение головки при лобном предлежании (Штекель).



Рис. 178. Рождение головки при лицевом предлежании (Штекель).

приводят к цели и очень неблагоприятны вследствие опасности занесения инфекции. При спокойном выжидательном отношении к течению родов можно добиться гораздо лучших успехов как для матери, так и для плода. Вмешиваться надо только тогда, когда появятся для этого показания либо со стороны матери, либо со стороны плода.



Рис. 179. Плоскости прорезывания головки: А — А — при передне-головном предлежании, В — В — при лобном предлежании, В — В — при лицевом предлежании.

Некоторые исключения составляют лицевые предлежания, диагностируемые в начале родов. В этих случаях можно путем наружного или внутреннего поворота попытаться лицевое предлежание перевести в ягодичное, при котором роды протекают лучше, чем при лицевом предлежании. Если лобное предлежание определяется в начале родов, можно уложить роженицу на ту сторону, куда обращен подбородок; при этом удастся иногда перевести лобное предлежание в более благоприятное — лицевое. Как я уже указывал, особенно неблагоприятными являются задние виды лобного и лицевого предлежаний, при

которых корень носа — при лобных предлежаниях, а подбородок — при лицевых — поворачивается кзади. В этих случаях обычно ребенок силами природы родиться не может, и роды заканчиваются перфорацией головки на мертвом плоде.

При лобных и особенно при лицевых предлежаниях плод рождается резко обезображенным: лицо отчетно, губы и нос резко утолщены; лицо представляется багровым и местами покрыто кровоподтеками; вследствие отека языка и подъязычной области дети в первые дни плохо сосут; однако указанные изменения быстро проходят, и обычно к моменту выписки лицо ребенка принимает нормальный вид и цвет.

Все вышеизложенное должно в вас вселить мысль, что, хотя разогнутые положения считаются положениями ненормальными, роды во многих случаях при разумном выжидании и тщательном наблюдении за больной могут закончиться благополучно как для матери, так и для плода. При защите беременности, предпринимаемой с момента прорезывания головки, необходимо руководствоваться изложенным выше механизмом IV момента родов.

## ВЫПАДЕНИЕ ПУПОВИНЫ.

В главах о поперечных положениях плода, о родах при узком тазе неоднократно упоминалось о выпадении пуповины. Под выпадением пуповины мы подразумеваем такие случаи, когда петля пуповины, выйдя из матки, выпала во влагалище или даже наружу. Это, понятно, возможно только после отхождения вод. До отхождения вод иногда констатируется предлежание пуповины. Под этим термином подразумевают нахождение пуповины ниже предлежащей части. Предлежащая пуповина после отхождения вод обычно превращается в выпавшую пуповину.

Этиологическими моментами выпадения пуповины являются факторы, препятствующие вступлению в таз предлежащей головки. Это будет наблюдаться при поперечных положениях, при узком тазе, при многоплодии, при многоводии, при предлежании детского места, при наличии опухолей в малом тазу. Выпадение пуповины, не угрожая матери, является чрезвычайно грозным осложнением для ребенка. Степень тяжести этого осложнения для плода находится в зависимости от характера предлежащей части. При поперечных положениях плода опасность от сдавливания пуповины предлежащей частью ничтожна, так как фактически предлежащая часть отсутствует. При ягодичных предлежаниях в первое время опасность также не велика; она возникает лишь после того, как через таз станет проходить головка плода, прижимающая пуповину к безмышечной линии. Особенно опасным является выпадение пуповины при головном предлежании. В этих случаях головка, опускаясь, сразу прижимает пуповину, вызывая неминуемую гибель плода.

Детская смертность при выпадениях пуповины чрезвычайно велика, достигая в среднем 50%. Такая большая смертность зависит не столько от нашего бессилия в лечебном отношении, сколько от того, что случаи выпадения пуповины диагностируются очень поздно. В самом деле, при наружном исследовании трудно установить, что пуповина лежит во влагалище, так как она недоступна зрению. Поэтому некоторые авторы рекомендуют делать внутреннее исследование во всех

случаях сразу после отхождения вод, и в Германии закон обязывает акушера поступать таким образом. Нам такое требование кажется преувеличенным. В тех случаях, когда воды прошли при плотно вставившейся предлежащей части, нет никаких оснований ожидать выпадения пуповины. Об этом осложнении приходится думать лишь в тех случаях, когда вход в таз будет свободен при подвижной над входом в таз головке и у многородящих, у которых, как известно, в большинстве случаев головка опускается лишь в период изгнания.

В этих случаях при отсутствии или подвижности предлежащей части после отхождения вод каждый акушер обязан тем или иным путем установить наличие или отсутствие выпадения пуповины. Для этого вовсе нет необходимости во всех случаях прибегать к внутреннему исследованию. Следя за сердцебиением плода, можно получить достаточные данные для решения этого вопроса. Если после отхождения вод констатируется длительное падение сердцебиения плода, можно предположить наличие выпадения пуповины. Но следует помнить о том, что и в нормальных случаях после отхождения вод в течение некоторого непродолжительного времени сердцебиение плода падает: матка сокращается сильнее, вследствие чего и нарушается плацентарное кровообращение. Но если падение сердцебиения плода оказывается стойким и повторяется после каждой схватки, — есть основание допустить выпадение пуповины; для подтверждения этого предположения приходится в этих случаях прибегать к внутреннему исследованию.

Таким образом, вопрос о необходимости внутреннего исследования возникнет только тогда, когда после отхождения вод при подвижной предлежащей части появятся признаки длительного ухудшения сердцебиения плода.

Выбор лечебных мероприятий при этом осложнении зависит от степени открытия и от характера предлежащей части. При ягодичных предлежаниях можно не торопиться вправлять пуповину, ибо, извлекая плод после прорезывания ягодиц, в большинстве случаев удается сохранить его жизнь. В некоторых случаях при ягодичных предлежаниях, при выпавшей пуповине, можно попытаться вправить ее и, введя ее в полость матки, низвести ножку. Низведенная ножка и ягодицы затампонируют вход в таз и не дадут возможности пуповине выпасть снова. При поперечных положениях выпадение пуповины не является показанием для какого бы то ни было вмешательства. Пуповина будет вправлена тогда, когда придется вмешаться по поводу самого поперечного положения. Серьезнее обстоит дело при головных предлежаниях. Если имеется полное открытие и выпадение пуповины, при подвиж-



ном плоде производится внутренний поворот и немедленное извлечение. Во многих случаях таким образом удастся спасти плод. При полном открытии и неподвижной, опустившейся в полость таза головке при живом плоде немедленно накладывают щипцы. В этих случаях прогноз все же плох, ибо в течение всего процесса наложения щипцов и извлечения плода пуповина сдавливается между головкой и тазом; если это сдавление длится 5—10 мин., плод, обычно, погибает.

Хуже обстоит дело при недостаточном открытии и головном предлежании.

Есть предложение в этих случаях вправить пуповину. С этой целью роженица переводится в коленно-локтевое или коленно-грудное положение. Всей рукой входят во влагалище, захватывают выпавшую петлю пуповины и продвигают ее в полость матки. Для того, чтобы она в дальнейшем не выпала, стараются ее навесить на мелкую часть — ножку или ручку. Укрепив таким образом пуповину, осторожно выводят руку со стороны противоположной той, с которой выпала пуповина. Скробанский советует после вправления пуповины ввести в матку метрейринтер и ждать полного открытия. После этого укладывают роженицу на бок, противоположный выпавшей пуповине. Были предложены и специальные инструменты — репозитории — для вправления пуповины. Однако опыт показал, что такие попытки вправления пуповины ни к чему не ведут. В одних случаях она выпадает снова; в других случаях во время ее вправления, вследствие ее сдавливания, сердцебиение плода прекращается.

Производство комбинированного поворота при неполном открытии, правда, предохраняет от последующего выпадения пуповины, но в очень многих случаях во время поворота или вскоре после него плод погибает и, таким образом, цель не достигается. В этих случаях — при неполном открытии при головном предлежании — можно принять предложение Абуладзе — производить кесарское сечение в интересах плода, конечно, только с согласия матери. В противном случае и при гибели плода роды предоставляются силам природы, или производится перфорация при достаточном открытии.

### Выпадение мелких частей.

Большинство тех причин, которые вызывают выпадение пуповины, способствуют выпадению и мелких частей. Выпадение ножки в патологии родов не имеет существенного значения и встречается редко.

Большее значение имеет, чаще встречающееся, выпадение ручки. Само собой понятно, что выпадение ручки при

поперечных положениях не является показанием для какого бы то ни было вмешательства. Об этом подробно изложено в главе о поперечных положениях. Выпадение ручки при ягодичных предлежаниях — явление чрезвычайно редкое и может наблюдаться при недоношенных, мацерированных плодах. Выпадение ручки при головном предлежании встречается значительно чаще и может иногда служить препятствием для продвижения головки. В тех случаях, когда выпадает только кисть руки, роды в подавляющем большинстве случаев заканчиваются самостоятельно. Тут только при прорезывании головки вместе с ручкой промежность растягивается больше обычного и может разорваться. При так называемом полном выпадении ручки, когда рядом с головкой лежит предплечье (рис. 180), могут встречаться значительные препятствия для опускания предлежащей головки. В этих случаях наблюдается нередко разгибательное вставление головки, глубокое поперечное стояние стреловидного шва. При узком тазе выпавшая ручка может служить непреодолимым препятствием для вставления головки.

Терапия зависит от степени открытия и от подвижности плода. При неполном открытии можно попытаться вправить ручку за головку и втиснуть последнюю в таз по Гофмейеру. Но это не всегда удается; целесообразнее в этих случаях сделать комбинированный поворот, при котором ручка отходит кверху и, в дальнейшем, не является препятствием для родов. При полном открытии и подвижном плоде наиболее целесообразным будет поворот и немедленное извлечение его. При опустившейся в таз головке вправление выпавшей ручки, обычно, не удается. В этих случаях приходится либо накладывать щипцы, либо, при значительных затруднениях, производить перфорацию. Само собой понятно, что при мертвом плоде уместна только перфорация.

## РАЗРЫВЫ МЯГКИХ РОДОВЫХ ПУТЕЙ.

### Разрывы матки.

Изложение этого отдела начнем с разрывов матки, представляющих собой грозное осложнение, дающее даже теперь 40% и больше материнской смертности. Частота разрывов матки колеблется в значительных пределах и находится в зависимости от постановки родовспоможения. В то время как в царской России разрывы, как это явствует из статистики родовспомогательных учреждений, составляли 0,1—0,15% по отношению ко всем родам, в последние годы, благодаря широко развитой сети родильных учреждений, процент разрывов матки снизился до 0,04—0,05%, (сообщения Письменного — 1935 г., Бенемсона — 1935 г. и др.).

Разрывы матки могут быть насильственными и самопроизвольными. Насильственный разрыв, обычно, происходит во время неумело или неуместно проведенной акушерской операции. Производство поворота при давно отошедших водах, при неподвижном плоде, при запущенных поперечных положениях, при перерастянтом нижнем сегменте в подавляющем большинстве случаев кончается разрывом матки. Наложение щипцов при перерастянтом нижнем сегменте и наличии симптомов угрожающего разрыва также кончается разрывом матки. Грубо, неосторожно произведенная краниоэклизия при перерастянтом нижнем сегменте также может быть причиной насильственного разрыва. Последний, наконец, может быть произведен непосредственно инструментом, вводимым в матку. Я был свидетелем закончившегося летально нераспознанного разрыва матки, произведенного передней ложкой щипцов Килланда. В редких случаях разрыв матки может произойти при нанесении травмы в живот беременной или роженице.

Большее значение имеют самопроизвольные разрывы, происходящие независимо от врачебного вмешательства. Разрывы локализуются в пассивной части матки — в перешейке и шейке ее. Частой причиной самопроизвольных разрывов матки является затруднение для про-

движения и выхода плода из половых органов. Такие затруднения могут представиться при 4-й степени узкого таза, при гидроцефалии, при запущенных поперечных положениях, при наличии опухолей в тазу, уменьшающих его емкость, при наличии рубцовых сужений мягких родовых путей, представляющих непреодолимые препятствия для продвижения плода. В этих случаях нижний отдел матки перерастягивается; полый мускул, освобождаясь благодаря сокращениям от своего содержимого, изгибает его в нижележащий отдел. В тех случаях, когда плод не может выйти из таза, он почти целиком помещается в перерастянутом нижнем сегменте и шейке матки. Помимо такого всестороннего растяжения, нижний сегмент испытывает растяжение в циркулярном и в продольном направлениях. Циркулярное растяжение происходит вследствие того, что при сокращениях про-



Рис. 180. Полное выпадение ручки при головном предлежании.

дольных мышц полого мускула тела матки циркулярные волокна нижнего отдела растягиваются в стороны. Помимо этого, полый мускул, сокращаясь и освобождаясь от своего содержимого, сползает над плодом кверху, вследствие чего он тянет за собой нижний сегмент. Благодаря тому, что шейка оказывается прижатой фиксированной головкой плода к лобку, нижний сегмент не может следовать кверху за полым мускулом; вследствие этого получается его перерастяжение в продольном направлении. Несомненное значение имеет и то обстоятельство, что согнутый плод—при поперечных положениях, согнутая или разогнутая головка—при головных предлежаниях вследствие естественного тонуса стремится несколько разогнуться; это еще больше усиливает растяжение нижнего сегмента и, в конце концов, на высоте схватки он не выдерживает и разрывается. Разрыв, обычно, имеет косое или продольное направление, располагается чаще сбоку, реже спереди, а еще реже—сзади (рис. 181). Разрывы нижнего сегмента в редких случаях переходят и на тело матки. В тех случаях, когда при малом мацерированном

плоде и в некоторых случаях поперечного положения шейка матки не фиксируется к лобку предлежащей частью, она резко оттягивается кверху полым мускулом; в этих случаях может наступить отрыв шейки от влагалищного свода, носящий название Colparorrhexis (рис. 182).



Рис. 181. Разрыв нижнего сегмента.



Рис. 182. Colparorrhexis.

То обстоятельство, что разрывы матки у повторнородящих встречаются во много раз чаще, чем у первородящих, наличие разрывов даже во время беременности, еще до наступления родовой деятельности, уже давно (Scanzoni) навели на мысль о том, что в этиологии разрывов, кроме механических причин, имеют значение и изменения самой мускулатуры матки. Указанные изменения могут быть либо врожденными, либо приобретенными. Инфантильная, недоразвитая матка, пороки развития ее, сопровождающиеся недоразвитием мышечных волокон и замещением их соединительнотканными элементами, благоприятствуют наступлению разрыва матки. Перенесенные воспалительные процессы матки, прорободение матки в прошлом, рубцы после кесарского сечения, приращения последа и проедание маточной стенки ворсинками также являются факторами, благоприятствующими возникновению разрывов еще во время беременности; в этих случаях разрыв локализуется не в нижнем сегменте, а в области рубца или

в области проедания ворсинками. Ланковиц (1935 г.) приводит случай разрыва на 5-м мес., происшедший вследствие глубокого внедрения ворсинок.

На основании гистологических исследований маточной ткани в области разрывов установлено, что в этих участках нередко мышечные элементы заменяются рубцовой соединительной тканью (Бронникова, Ледерер, Мельников); в самых мышцах констатировано гиалиновое перерождение (Майер, Армигаго). Исследования Лисоведского подтвердили, что при разрыве матки в толще ее стенки наблюдаются тромбозы сосудов, отек тканей и дегенерация мышечных элементов. Все эти факторы благоприятствуют возникновению разрыва матки в тех случаях, когда имеются для этого предпосылки, вытекающие из несоответствия между плодом и родовыми путями.

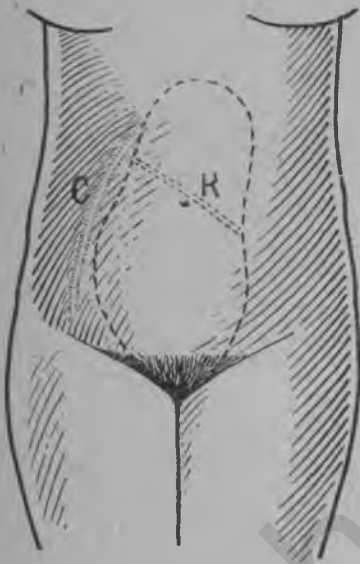


Рис. 183. Угрожающий разрыв матки — контракционное кольцо (К) поднялось высоко, круглая связка (С) напряжена.

Клиническая картина разрыва матки во многих случаях довольно характерна. Но имеются случаи, где течение разрыва матки ничем собой не напоминает той классической картины, которая описана Бандлем.

В характерных случаях при затруднениях для продвижения плода наступлению разрыва предшествуют следующие симптомы, объединяемые под названием — «симптомы угрожающего разрыва матки». Схватки или потуги очень бурны, промежутки между отдельными сокращениями матки очень коротки или вовсе отсутствуют: сокращения матки принимают тетанический характер. Больная находится в беспокойном состоянии, мечется по кровати, как бы предчувствуя неотвратимое наступление несчастья. Пульс, обычно, учащен, температура может быть слегка повышенной, язык суховат. При объективном исследовании матки обнаруживается следующее: при каждой схватке матка приподнимается, как бы становясь на дыбы; контракционное кольцо — граница между перешейком и телом матки — поднимается очень высоко, находясь вблизи пупка и принимая косое направление (рис. 183). Косое направление контрак-

дионного кольца зависит от неравномерного растяжения нижнего сегмента; одна половина его — правая или левая — растягивается больше в зависимости от того, где помещается наиболее объемистая часть плода. При поперечных положениях больше растягивается та половина нижнего сегмента,



Рис. 184. Полный разрыв матки.

в которой находится головка плода, при головных — та, в которой помещается затылок. Круглые связки во время схваток напрягаются, становясь легко доступными ощупыванию. Пальпация нижнего сегмента резко болезненна. Благодаря его напряжению, трудно прощупать предлежащую часть, но все же, при ощупывании получается определенное впечатление, что предлежащая часть плотно фиксирована или плотно прижата ко входу в таз. Нижний сегмент настолько перерастянут, что он становится более широким, чем тело матки, находящееся над ним. При внутреннем исследовании, обычно, обнаруживается ущемленная, отечная передняя губа шейки и неподвижная предлежащая часть. Если при наличии таких симптомов

не будет оказана квалифицированная акушерская помощь, наступит разрыв матки.

Симптомы наступившего разрыва матки во многих случаях достаточно характерны. Прежде всего, необходимо обратить внимание на то, что до наступления разрыва



Рис. 185. Неполный разрыв матки.

имели место перечисленные выше симптомы. Во время разрыва матки иногда больная может отметить тот момент, когда он произошел, чувствуя, что у нее в животе как будто что-то лопнуло. Однако этот феномен наблюдается далеко не во всех случаях разрывов матки. При наступлении разрыва бурные, непрерывные до этого, сокращения матки сразу, как по мановению волшебного жезла, прекращаются, и больная, а иногда и неопытный врач чувствует какое-то облегчение. Общее состояние больной складывается из симптомов происшедшей при этом более или менее значительной внутренней кровопотери и из явлений шока, которые вызываются попаданием в брюшную полость значительного количества крови, плода и плаценты.



Разрыв может оказаться полным (рис. 184), захватывая все слои маточной стенки: слизистую, мышечную и серозную оболочки, или неполным. При неполном разрыве серозный покров остается нетронутым (рис. 185). При полном разрыве плод, обычно, выходит из матки в брюшную полость, за ним следует и плацента. Брюшная полость более или менее быстро наводняется кровью, вытекающей из разорванной стенки матки и из плацентарного ложа; однако следует указать, что плацентарное ложе при полном опорожнении матки кровоточит не всегда, ибо матка, опорожнившись от своего содержимого, быстро сокращается. Степень кровопотери зависит от характера повреждения сосудов; если разрыв приходится строго сбоку, и разможается основная ветвь маточной артерии — наблюдается сильное кровотечение; если разрыв приходится ближе к средней линии, где, как известно, сосуды мало развиты, кровотечение может быть незначительным. При значительном кровотечении на первый план, понятно, выступают явления нарастающей анемии. Больная бледнеет, пульс учащается, наполнение его плохое; больная испытывает недостаток воздуха вследствие кислородного голодания, жалуется на холодный пот, мелькание в глазах. Описанная картина усугубляется еще и явлениями шока, которые, как я указывал, возникают вследствие наполнения брюшной полости кровью, попадания в нее плода и детского места. В некоторых случаях разможенные сосуды тромбируются, и кровотечение на некоторое время прекращается. В дальнейшем, однако, тромбы отрываются, и внутреннее кровотечение снова может неоднократно повторяться.

Произведя объективное исследование брюшной полости при полных разрывах, обнаруживают следующее. Под брюшными покровами легко прощупываются части выпавшего из матки плода; матка, сократившись, лежит отдельно и несколько отодвинута в сторону. При значительной внутренней кровопотере при перкуссии отлогих мест получается тупой звук. При внутреннем исследовании отечная раньше губа шейки оказывается несколько опавшей, вялой; предлежащей части нет. Сердцебиение плода исчезает. Наружного кровотечения может или вовсе не быть, или оно может быть очень незначительным. В некоторых случаях в моче обнаруживается примесь крови, вследствие разможения стенки пузыря. Иногда вместе с маткой разрывается и задняя стенка пузыря, что значительно осложняет положение.

При неполном разрыве картина несколько затемняется. Схватки прекращаются, но объективное исследование не дает таких характерных признаков, как полный разрыв. Плод может остаться в матке или частично выйти из нее под серозный

покров. Матка в этих случаях не сокращается и не уменьшается в своих размерах. Характерными являются нарастание анемии, явления шока, резкая болезненность под ложечкой и в нижнем отделе, соответственно месту разрыва, и возникновение гематомы в широкой связке, которая определяется в виде образования тестоватой, мягковатой консистенции рядом с маткой. При внутреннем исследовании получают такие же данные, как и при полном разрыве.

Я уже указывал, что, наряду с таким характерным клиническим течением, имеются случаи разрыва матки, в которых трудно сразу разобраться. Особенно трудными для диагностики являются случаи разрыва матки во время беременности или в начале родов. В этих случаях родовой деятельности с характерными ее особенностями до разрыва не было; не было, таким образом, и тех угрожающих симптомов разрыва, которые только что были изложены. Разрывы при беременности встречаются либо после кесарского сечения, либо при проедании ворсинками плаценты маточной ткани. Классическое кесарское сечение, после которого рубец локализуется в области тела матки, дает в последующем около 4% (Holland), 6% (Andebert) разрывов. Надлобковое кесарское сечение, при котором разрез локализуется в нижнем сегменте, дает 0,28% разрывов (Wetterwald). При наступлении разрыва в этих случаях превалирует картина острого живота. Больная жалуется на резкие боли в животе, особенно под ложечкой; брюшной пресс напряжен, язык суховат, иногда наблюдается рвота. Пальпация матки оказывается болезненной только в одном определенном участке, соответствующем месту разрыва.

В первое время, имея перед собой такую клиническую картину, нередко думаешь о других заболеваниях — об илеусе, о прободном перитоните и т. д. От илеуса картина разрыва в этих случаях отличается тем, что болезненность при разрыве локализуется в области матки. Кишечная перистальтика ослаблена или отсутствует, каловой рвоты нет. При перитоните температура повышена, наблюдается значительный лейкоцитоз, пальпация самой матки обычно не болезненна. При наличии кровотечения, которое, к счастью, редко встречается при разрывах после кесарского сечения, к указанным выше явлениям присоединяются признаки остро нарастающей анемии.

Разрывы, или вернее, проедание стенки матки, возникшее вследствие глубокого внедрения ворсинок плаценты, обычно, сопровождается очень обильным внутрибрюшинным кровотечением. В этих случаях превалируют явления остро нарастающей анемии. Живот также оказывается несколько вздутым, брюшная стенка напряженной, перистальтика ослабленной;

болезненность обнаруживается, главным образом, в одном участке матки, в котором локализуется разрыв. Недавно у нас в клинике наблюдался разрыв матки, происшедший у дна ее, вследствие проедания маточной стенки ворсинками плаценты. Больная поступила в клинику с небольшими схватками, с жалобами на боль под ложечкой и с явлениями нарастающей анемии. Схватки были редкие, через 10—15 мин., слабые—по несколько секунд, кровянистых выделений не было. При осмотре живота—дно матки обнаружено посередине между пупком и мечевидным отростком, матка мало напряжена, резко болезненна у дна. Брюшной пресс несколько напряжен, перистальтика ослаблена. Указанные явления вынудили нас ставить дифференцированный диагноз между преждевременной отслойкой нормально расположенного детского места и атипическим разрывом матки. Против преждевременной отслойки детского места свидетельствовали отсутствие напряжения всей матки, отсутствие заметного увеличения ее объема и отсутствие гематомы в каком-либо отделе матки. Таким образом, путем исключения, наше мнение склонялось больше в пользу самопроизвольного разрыва матки, хотя картина последнего, как видно, была совсем нехарактерной.

Нарастающая анемия, общее тяжелое состояние больной вынудили нас прибегнуть к немедленной ляпаротомии, во время которой в брюшной полости было обнаружено около 3 л крови, скопившейся в верхнем ее отделе. У дна матки оказалось небольшое щелевидное отверстие, около  $\frac{1}{2}$  см в диаметре; рядом с ним другое, еще меньшее, отверстие (рис. 186). Таким образом, в этом случае разрыв матки произошел у дна в области прикрепления плаценты. Когда была вскрыта удаленная матка, то оказалось, что плацента на всем протяжении плотно срослась с маточной стенкой и не могла быть тупым путем отделена от нее. В месте разрыва матки стенка ее оказалась истонченной до  $\frac{1}{2}$  см. При микроскопическом исследовании ворсинки прослежены до самого серозного покрова (рис. 187).



Рис. 186. Разрушение стенки матки плацентарной тканью (собств. препарат).

Таким образом, в этом случае преобладали явления нарастающей анемии и явления перитонизма; классические признаки разрыва отсутствовали.

Во всех случаях, когда у беременной или у роженицы обнаруживаются явления перитонизма, явления острой анемии

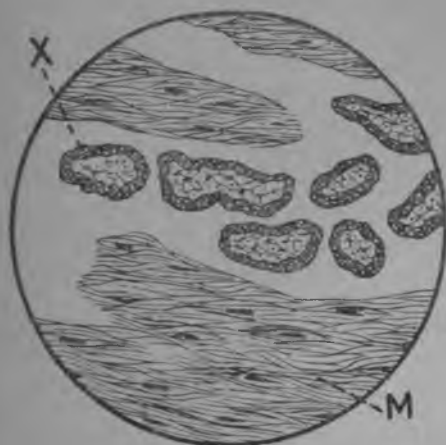


Рис. 187. Микроскопическая картина разрушения стенки матки плацентарной тканью (собств. наблюдение). М — мышечные волокна, X — ворсинки.

наряду с другими моментами, необходимо подумать и об атипическом разрыве матки, хотя бы отсутствовали характерные для этого симптомы. В трудных случаях сомнение может разрешить внутреннее обследование полости матки после родов или пункция брюшной полости в области нижних отделов боковой стенки; при наличии кровоизлияния в брюшную полость в пунктате окажется кровь.

Лечение угрожающего разрыва матки заключается в ослаблении сокращений матки и в бережном опорожнении последней. Прежде всего необходимо ввести под кожу 1—1,5 см<sup>3</sup>

1-проц. раствора морфия, ослабляющего бурные сокращения маточной мускулатуры. Дача препаратов, усиливающих родовую деятельность, является грубейшей ошибкой, ибо усиление схваток увеличивает опасность наступления разрывов. Как я уже указывал, при наличии симптомов угрожающего разрыва производство поворота, наложение щипцов преступно, ибо это почти неминуемо влечет за собой разрыв матки. В этих случаях показанными являются только расчлняющие плод операции, производимые под глубоким наркозом: при головных предлежаниях—перфорация и очень бережно проведенная краниоэклизия, при поперечных положениях—бережно, без насилия, проведенная декапитация, а если нужно—то и эмбриотомия. Рекомендуемое некоторыми авторами кесарское сечение в этих случаях вряд ли целесообразно. Сдавленные ткани нижнего сегмента плохо заживают, легко инфицируются и могут быть причиной серьезных осложнений в послеоперационном периоде.

В тех случаях, когда обнаруживаются угрожающие симптомы разрыва матки вне больничной обстановки, исклю-

чающей производство указанных операций, приходится решиться на отправление больной в ближайший стационар. Так как каждая новая потуга приближает больную к разрыву, перед отправлением ее необходимо ввести для ослабления

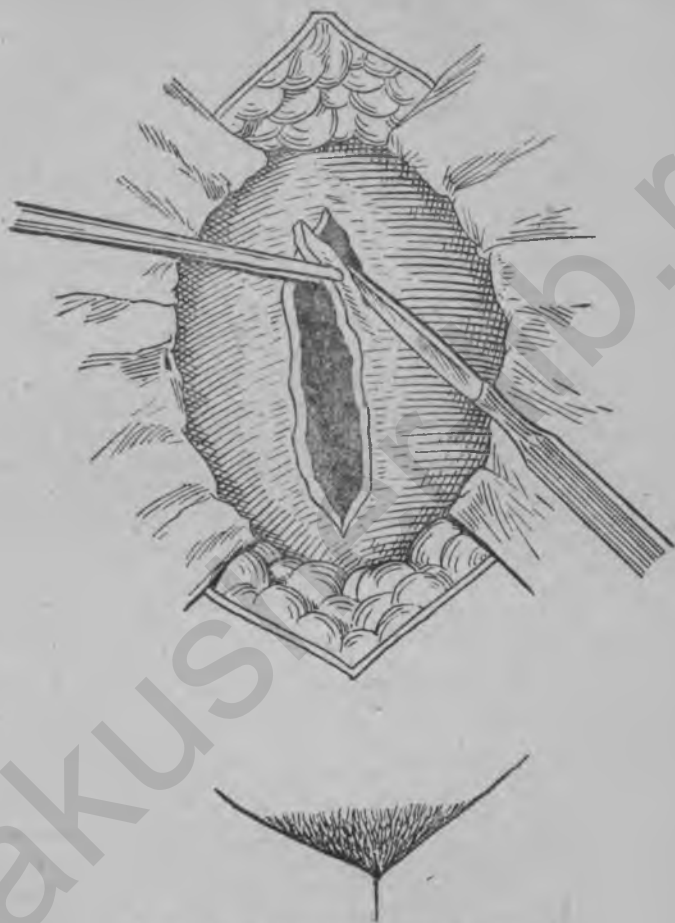


Рис. 188. Освежение краев разрыва.

схваток  $1-1\frac{1}{2}$  см<sup>3</sup> 1-проц. раствора морфия. На отправление больной в стационар надо смотреть как на крайнюю, исключительную меру, ибо транспортировка ее также может явиться моментом, способствующим наступлению разрыва.

Лечение наступившего разрыва должно быть исключительно оперативным. Чем раньше разрыв распознан,

чем раньше приступлено к оперативному лечению, тем прогноз для больной лучше. Операция может быть консервативной или радикальной. Если, произведя ляпаротомию, обнаружат линейный разрыв, как, например, после кесарского сечения, если обнаружат свежие, не разможенные края, можно решиться на консервативную операцию, которая заключается в зашивании раны после освежения ее краев.

Зашивание разрыва матки затруднений не представляет. По вскрытии брюшной полости матка извлекается и отгораживается салфетками. При наличии разрыва в области тела матки, как, например, при разрыве по рубцу после классического кесарского сечения извлечение матки не обязательно. В этом случае из стенки матки справа и слева вдоль разрыва вырезывается узенькая полоска, захватывающая всю толщу маточной стенки: серозный покров, мышечный слой и децидуальную оболочку (рис. 188). Освежив таким образом края разрыва, приступаем к наложению швов. Шьем в три этажа. Сначала накладываем узловатые швы на мышцы. Вкол делается в толщу мышцы на  $\frac{1}{2}$  см ниже брюшины, а выкол—на  $\frac{1}{4}$  см выше decidua, не проникая в маточную полость. Завязывают их после того, как будут наложены все швы. Второй этаж—серозно-мышечный; вкол делается в толщу маточной стенки со стороны ее серозного покрова на расстоянии  $\frac{1}{2}$  см от раны, а выкол в мышечной ткани (неглубоко). Этот этаж может состоять либо из узловатых швов, либо может быть произведен непрерывным швом. Третий этаж непрерывный серо-серозный (лембертовский) шов. Вкол делается на расстоянии  $\frac{3}{4}$  см кнаружи от предыдущих швов, выкол—с той же стороны на  $\frac{1}{2}$  см ближе к середине; на противоположной стороне шов проходит в обратном направлении. При наличии разрыва в нижнем сегменте матка извлекается из брюшной полости, удаляется жидкая кровь и сгустки; края разрыва хорошо осматриваются. Если они гладки или несколько разможены, можно ножницами подравнять края и разрез зашить по указанному только что способу. Брюшная стенка зашивается послойно либо наглухо при уверенности в асептичности матки, как, например, при разрыве по рубцу во время беременности, либо она дренируется.

Нами в 4 случаях разрыва матки, происшедших после кесарского сечения, сделаны консервативные операции с хорошими результатами. В одном случае больная в дальнейшем забеременела и родила на 9-м лунном месяце без всяких осложнений. Необходимой предпосылкой для такой консервативной операции должна явиться уверенность в отсутствии инфекции в оперируемом случае.

Если разрыв произошел за много часов до операции, если ему предшествовали или за ним следовали различные внутриматочные манипуляции, целесообразнее удалить матку и дренировать брюшную полость. При кольпапоррексисе и в тех случаях, когда разрыв коснулся только нижнего сегмента,

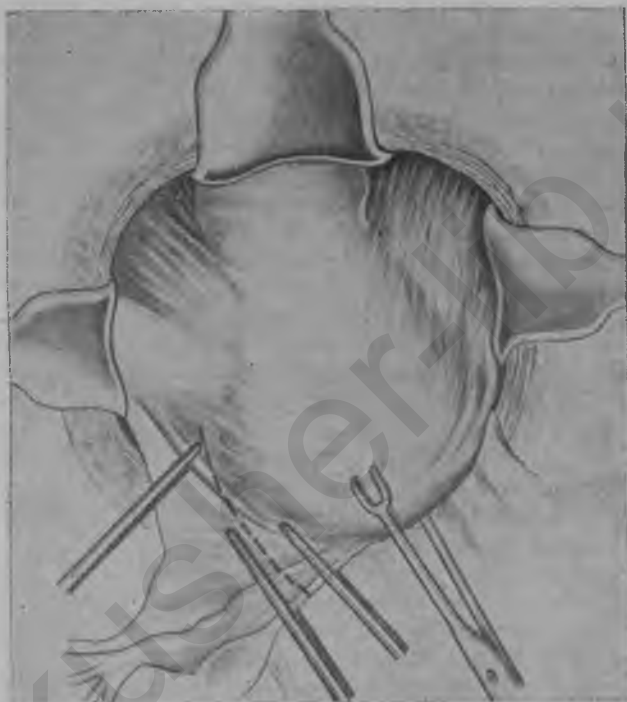


Рис. 189. Удаление матки. Отсечение яичника, трубы и круглой связки.

оставив шейку нетронутой, можно сделать надвлагалищную ампутацию; в остальных же случаях необходимо решиться на полное удаление матки с последующим дренажем через влагалище, а в инфицированных случаях и через брюшную полость. По вскрытии брюшной полости матка из нее извлекается, при помощи салфеток быстро удаляется жидкая кровь и сгустки. Отыскивается и осматривается место разрыва; при продолжающемся кровотечении оно временно, до перевязки всех приводящих к матке сосудов, туго тампонируется. Дно матки захватывается крепкими щипцами

Мюзо и оттягивается ассистентом в сторону. Накладывается клемм, захватывающий трубу и собственную связку яичника на  $\frac{1}{4}$  см, отступая кнутри, от места перехода последней в яичник (рис. 189). Нижний конец клемма, лежащий параллельно ребру матки, должен находиться на  $\frac{1}{2}$  см выше круглой связки; другой клемм накладвается на круглую связку; третий клемм у самого ребра матки захватывает сразу трубу, собственную связку яичника и круглую связку; указанные образования перерезаются между наложенными на них клеммами; после перерезки круглой связки одна бранша ножниц отделяет передний листок широкой связки от заднего; разрез переднего листка продолжается до ребра матки. То же делается и с другой стороны.

После этого вскрывается пузырно-маточная складка брюшины: она захватывается пинцетом на  $\frac{1}{2}$ —1 см ниже места ее прикрепления к матке, приподнимается и вскрывается ножом; разрез продолжается в стороны, к ребру матки, на встречу разрезам, идущим от круглых связок; таким образом, пузырно-маточная складка оказывается перерезанной на всем протяжении (рис. 190). Тупфером мочевого пузыря отделяется книзу на 1— $1\frac{1}{2}$  см ниже перехода влагалища на шейку матки; при отделении пузыря особое внимание необходимо обратить на отделение его от боковых отделов влагалища, гарантирующее отодвигание мочеточников в стороны. Отделение боковых отделов пузыря иногда сопровождается кровотечением, вследствие ранения проходящих здесь вен; в этих случаях кровоточащее место прижимается небольшим тампоном; кровотечение при этом прекращается, и кровь не затемняет операционного поля. Отделив пузырь, надрезают задние листки обеих широких связок до ребра матки. Небольшим тупфером разделяется клетчатка у ребра матки и в сторону от него, в области внутреннего зева и несколько ниже. Благодаря этому обнажается восходящая ветвь маточной артерии и прилегающая часть горизонтальной ее ветви. В случае сомнения положение маточной артерии определяется пальцем, ощущающим ее пульсацию. При достаточном отделении боковых отделов мочевого пузыря мочеточники отходят в стороны и не лежат в сфере перевязки маточной артерии. В сомнительных случаях, ощупывая подлежащий перевязке участок между большим и указательным пальцами, всегда легко убедиться в отсутствии или наличии мочеточника, дающего ощущение мягкого тяжа. Маточная артерия захватывается на  $\frac{3}{4}$ — $1\frac{1}{2}$  см кнаружи от ребра шейки клеммом в несколько косом направлении; клемм в этих случаях ложится как бы параллельно стенке таза (рис. 191), маточная артерия перерезается кнутри от клемма; последний тут же



замещается лигатурой, после чего культя маточной артерии тупым путем несколько отдалается в сторону. Затем заменяются лигатурами клеммы, наложенные на придатки и круглые связки. После этого приступают к перевязке маточной артерии на стороне разрыва. Если последний проходит ближе

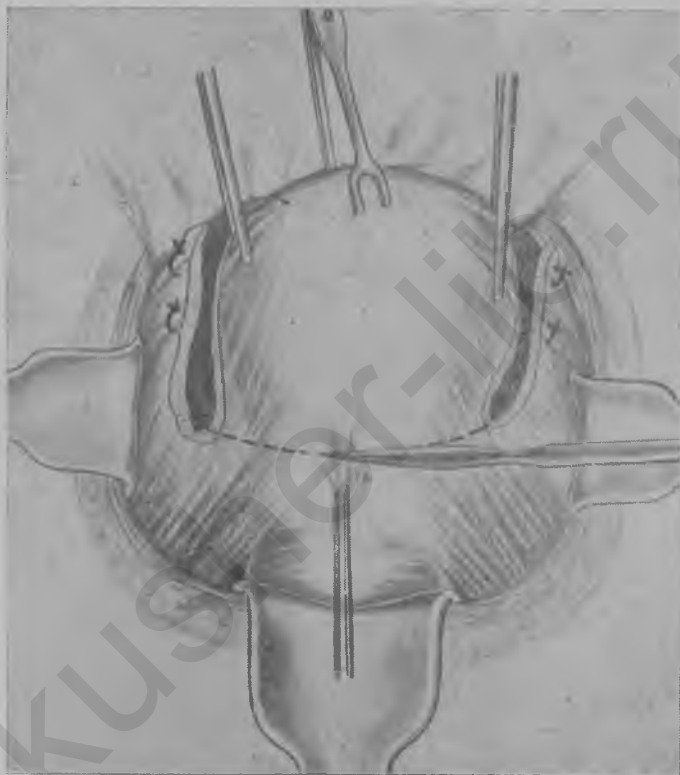


Рис. 190. Вскрывается пузырно-маточная складка.

ж средней линии, отыскивание маточной артерии и на этой стороне обычно затруднений не представляет, и она может быть сразу же по вскрытии брюшной полости перевязана; при боковых разрывах отыскать маточную артерию не легко; в этих случаях после удаления крови перевязываются кровоточащие сосуды; для этой цели кровоточащий участок захватывается клеммом и обкалывается следующим образом: один вкол иглы делают сзади клемма, другой вкол той же иглы спереди, после чего завязывают шов в то время, как

ассистент снимает клемм; 2—3 обкалываний обычно бывает достаточным для остановки кровотечения.

Брюшина задней поверхности матки надрезается несколько выше наружного зева на всем протяжении от одного ребра матки до другого, соединяясь таким образом с концами

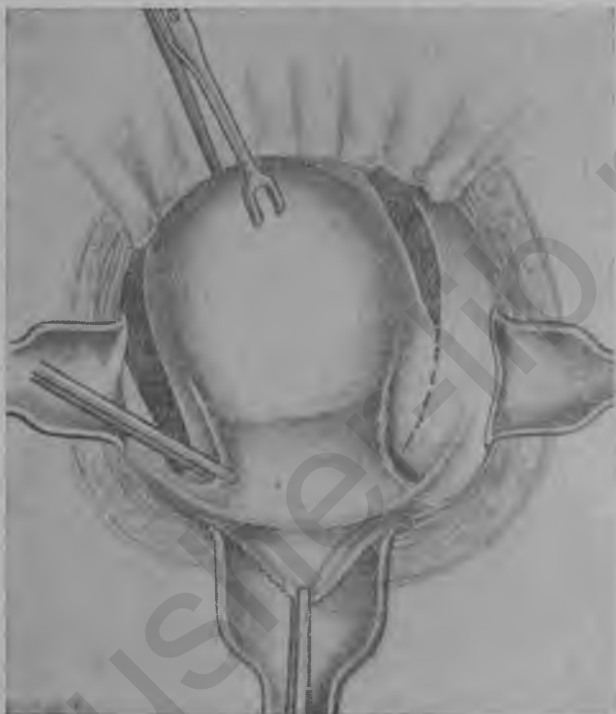


Рис. 191. Захватывание в клемм маточной артерии. Пунктиром обозначен разрез заднего листка широкой связки.

разрезов задних листьев обеих широких связок. Надрезанный листок брюшины частью тупым, частью острым путем отделяется книзу на  $1\frac{1}{2}$ —1 см; обнажившиеся крестцово-маточные связки перевязываются. В задний дугласов карман вводится тампон; из параметриев удаляются тампоны, заложенные туда для остановки венозного кровотечения, которое, как указывалось, иногда возникает при отслойке боковых отделов пузыря. Передняя влагалищная стенка, освобожденная от мочевого пузыря, захватывается пулевыми щипцами на  $1$ — $1\frac{1}{2}$  см ниже ее перехода на шейку матки; выше

пулевых щипцов влагалище вскрывается ножом и смазывается иодом; в образовавшееся отверстие вводят большие кривые ножницы, которые отрезают влагалище от места его прикрепления к матке (рис. 192); при этом шейка захватывается пулевыми щипцами и приподнимается кверху, благодаря чему

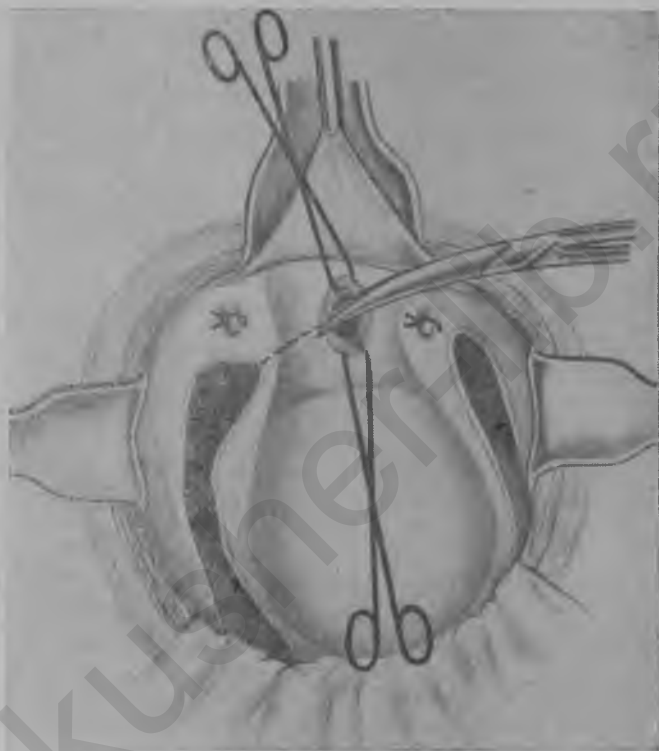


Рис. 192. Вскрытие влагалища.

влагалищные своды напрягаются и становятся доступными зрению. Перерезая боковые отделы влагалища, необходимо следить за культей маточной артерии, которая должна находиться латерально от разреза; в противном случае ножницы могут вновь перерезать маточную артерию латерально от лигатуры. После отсечения матки от влагалища задняя стенка последнего также захватывается пулевыми щипцами; приподнимая обе пары пулевых щипцов, делаем доступным зрению весь край перерезанного влагалища и близлежащие отделы

клетчатки. Кровоточащие сосуды паравагинальной клетчатки обкалываются приведенным выше способом. 2—4 швами влагалище суживается по краям, но не закрывается наглухо; во влагалище вводится сложенный вдвое тампон, кончики которого выступают над боковыми отделами влагалища.

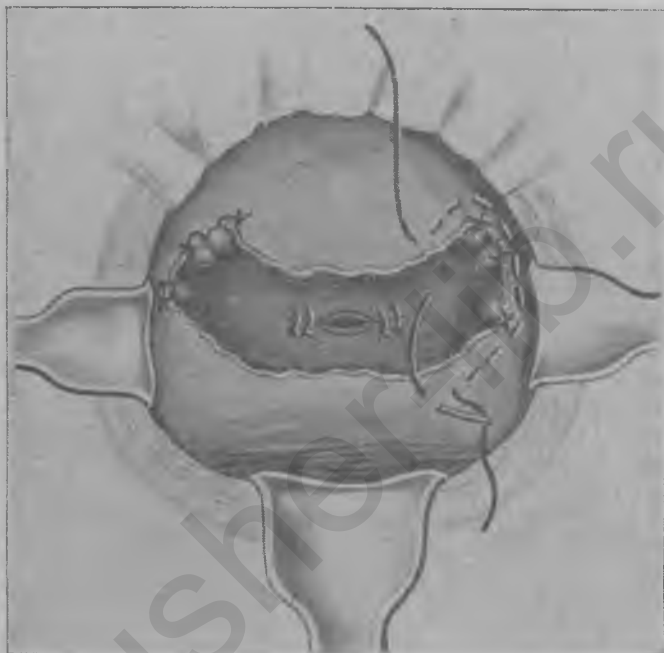


Рис. 193. Начата перитонизация; слева наложен кисетный шов.

Перитонизируем в два этажа; боковые отделы перитонизируются кисетными швами, средний отдел—непрерывным швом (рис. 193). После этого непрерывным швом зашивается еще раз серозный покров от одного края до другого. В тех случаях, когда операция производилась спустя несколько часов после разрыва и если разрыву предшествовали или за ним следовали внутриматочные манипуляции, вводим в брюшную полость тампон Микулича. В противном случае зашиваем брюшную стенку наглухо; перед закрытием брюшины при горизонтальном положении больной, в брюшную полость вводим 30 г эфира. Тампон из влагалища удаляется на 3 суток.

Тяжелым является положение врача, не имеющего подходящей обстановки для производства операции удаления матки. В этих случаях все мероприятия должны быть направлены на остановку кровотечения. С этой целью входят рукой во влагалище, а оттуда в матку; если последняя оказывается опорожненной, через разрыв проникают в брюшную полость, отыскивают ножку плода и последний извлекают через матку наружу; при узком тазе необходимо перфорировать последующую головку. После извлечения плода, натягивают пуповину, по ней проникают в матку, а оттуда в брюшную полость, отыскивают и удаляют послед, после чего матку туго тампонируют, стараясь прижать место разрыва. На живот кладется тяжесть весом до 1 кг. Конечно, такое вмешательство паллиативно. Даже если удастся остановить кровотечение, больная рискует погибнуть от перитонита, ибо между брюшной полостью и маткой остается сообщение; матка же оказывается инфицированной либо в момент разрыва, либо инфицируется вскоре после него; инфекция из матки проникает в брюшную полость — наступает перитонит. При извлечении плода и выведении его из брюшной полости в матку разрыв может увеличиться, так как происшедший раньше разрыв спадается, являясь уже недостаточным для прохождения плода в обратном направлении. Поэтому, как правило, случаи разрыва матки подлежат оперативному лечению и чем раньше, тем лучше.

Некоторые авторы советуют при неполном разрыве матки применять паллиативную терапию, ограничиваясь удалением плода, последа и тампонацией матки через влагалище. Такой образ действий нам кажется неуместным, ибо при нем трудно остановить кровотечение и почти невозможно гарантировать больную от распространения инфекции за пределы матки. Поэтому и в случаях неполного разрыва мы также настоятельно рекомендуем производить операцию — консервативную или радикальную — в зависимости от локализации и характера разрыва.

### Разрывы шейки матки.

Разрывы шейки матки подробно изложены в главе о кровотечениях в третьем периоде родов. Я бы хотел только подчеркнуть, что разрывы шейки матки, сопровождающиеся кровотечением, должны немедленно зашиваться, ибо, как показывают наблюдения, кровотечения из разрыва шейки, даже прекратившиеся, могут через несколько дней повториться, достигая иногда значительных, угрожающих жизни,

размеров. Зашивание же разрыва через много дней после его возникновения, благодаря изменению тканей, сопряжено с значительно большими трудностями, чем зашивание свежего разрыва.

### Разрывы влагалища и промежности.

Довольно значительный процент родов, особенно у первородящих, осложняется разрывами нижней части задней стенки влагалища и промежности. По нашим данным, повреждения промежности, включая сюда и случаи перинеотомии, составляют 16,2%; самостоятельные же разрывы наблюдаются в 10,6% всех родов. Разрывы промежности у первородящих у нас наблюдались в 12,4%, а у повторнородящих в 1%.

Разрыву промежности и влагалища благоприятствуют: узость лобковой дуги, при которой затылок во время своего прорезывания резко отклоняется книзу и сильно растягивает промежность, большие размеры подлежащей части и необычный механизм ее прорезывания. Разрывы при лицевом, лобном и головном предлежаниях встречаются значительно чаще, чем разрывы при затылочном предлежании. Несомненное значение имеет и свойство тканей роженицы. У молодых первородящих рожениц с хорошо растягивающейся эластичной промежностью разрывы встречаются гораздо реже, чем у пожилых первородящих женщин. У рожениц, занимавшихся спортом, физкультурой, разрывы встречаются значительно реже, чем у женщин с мало развитой мускулатурой промежности.

Разрывы промежности, обычно, комбинируются с разрывами влагалища, локализуясь, как правило, справа или слева от *columna rugarum*. Разрывы промежности, не сопровождающиеся разрывами влагалища, встречаются значительно реже. Еще реже встречаются изолированные разрывы влагалища. В некоторых случаях может произойти центральный разрыв промежности, при котором дефект находится в центре ее между задне-проходным отверстием и задней спайкой. В этих случаях головка плода прокладывает путь не через вульварное кольцо, а через заднюю стенку влагалища и промежность.

Различают 3 степени разрыва промежности. Если разрыв поверхностный и захватывает неглубоко — только кожу промежности и слизистую оболочку влагалищной стенки, говорят о разрыве 1-й степени. Если же, помимо слизистой оболочки и кожи, повреждаются мышцы тазового дна, — говорят о разрыве 2-й степени. В тех случаях, когда разрывается *sphincter ani* и передняя стенка прямой кишки, — говорят о разрыве 3-й степени.

Предупреждение разрывов промежности достигается правильным ведением 4-го и 5-го момента механизма родов, то есть, правильным выведением головки и плечиков плода. Как известно, защита промежности заключается, в основном, в том, что подлежащей части стремятся придать такое положение, при котором она проходит вульварное кольцо наименьшим своим размером. Однако при узкой лобковой дуге, при лобном, лицевом и передне-головном предлежаниях, при высокой промежности, при мало эластичной, слабо растягивающейся промежности даже правильно проведенная защита ее не всегда предохраняет от разрыва. В тех случаях, когда при прорезывании головки намечается разрыв, целесообразно профилактически произвести разрез промежности, ибо линейный разрез заживает гораздо лучше, чем разрыв с разможженными краями. Признаком угрожающего разрыва промежности является ее посинение, а в дальнейшем, и побледнение во время потуг. Это указывает на резкое сдавление промежности и на неминуемый ее разрыв. В тех случаях, когда во время прорезывания головки образуется небольшая трещина на задней спайке, целесообразно эту трещину при помощи ножниц продолжить книзу. У нас в Союзе и во многих учреждениях за границей промежность рассекают по средней линии, производя так называемую срединную перинеотомию, предложенную покойным Оттом: 1-я бранша ножниц с тупым концом вводится между головкой и промежностью, 2-я бранша, следовательно, находится по эту сторону промежности. Ножницы продвигаются на глубину  $1\frac{1}{2}$ —2 см, в зависимости от высоты промежности и степени ее растяжения (рис. 194). Разрез производится обычно на высоте потуги, потому что в этот момент боль от разреза заглушается болезненностью самой потуги; к тому же растянутая подлежащая головкой промежность легче рассекается. Некоторые клиники применяют эпизиотомию — боковой разрез промежности, идущий приблизительно от границы между средней и наружной третью задней спайки по направлению к седаличному бугру соответствующей стороны. Эпизиотомия, при которой возможно ранение мышц, менее благоприятна, чем перинеотомия, тем более, что заживление после последней протекает гораздо лучше, чем после эпизиотомии.

Лечение разрывов промежности — оперативное. Несколько спорным является вопрос о времени зашивания промежности. Некоторые авторы рекомендуют зашивать промежность тотчас после рождения плода, не дожидаясь отхождения последа. Такой образ действий, с нашей точки зрения, неуместен, ибо при осложнении отделения плаценты и при необходимости войти рукой в полость матки придется распуścić наложен-

ные швы. Также неприемлемым нам кажется предложение при разрывах промежности ускорять, при помощи способа Креде, удаление последа. В нашей клинике разрыв промежности не является показанием к выделению последа. Мы и в этих случаях третий период ведем строго консервативно, вмешиваясь

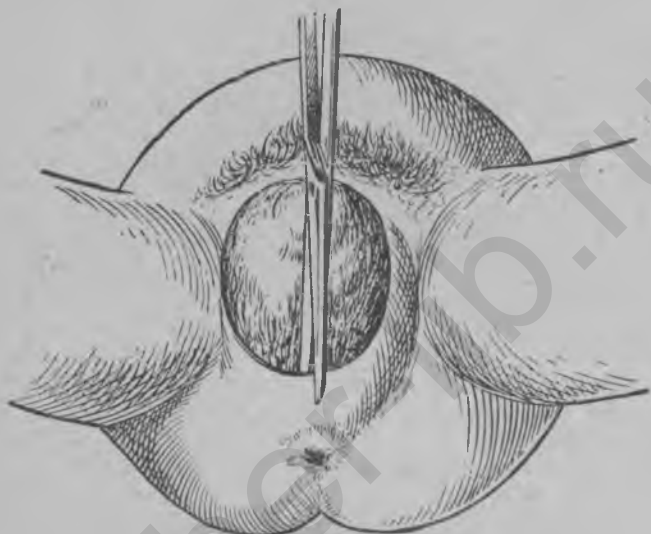


Рис. 194. Перинеотомия.

только тогда, когда для этого явятся показания со стороны самого последа. Промежность зашиваем после полного опорожнения матки. Предложение ждать с зашиванием промежности несколько часов, даже до суток, также мало целесообразно, ибо проще и для больной закончить все сразу, не откладывая зашивания промежности на несколько часов. В тех случаях, когда по каким-либо причинам зашивание промежности не могло быть произведено немедленно, волей-неволей приходится зашивать через 12—24 часа. Если в течение этого срока промежность не зашита, лучше с зашиванием подождать 7—8 дней. К этому времени выяснится состояние промежностной раны, и при отсутствии инфекции зашивание ее, в подавляющем большинстве, даст положительный эффект.

Зашивая промежность, необходимо озаботиться об обезболивании; если больная подверглась оперативному родоразрешению и находится под наркозом, задача решается просто: зашивание производится до пробуждения роженицы от наркоза. Если роды прошли нормально, то приходится проводить



специальное обезболивание при зашивании промежности. Большинство методов, которые мы применяем для обезболивания в первом периоде родов, к моменту зашивания промежности оказываются мало эффективными. Эффект анестезии срамного нерва, проводимый во 2-м периоде родов, иногда длится и

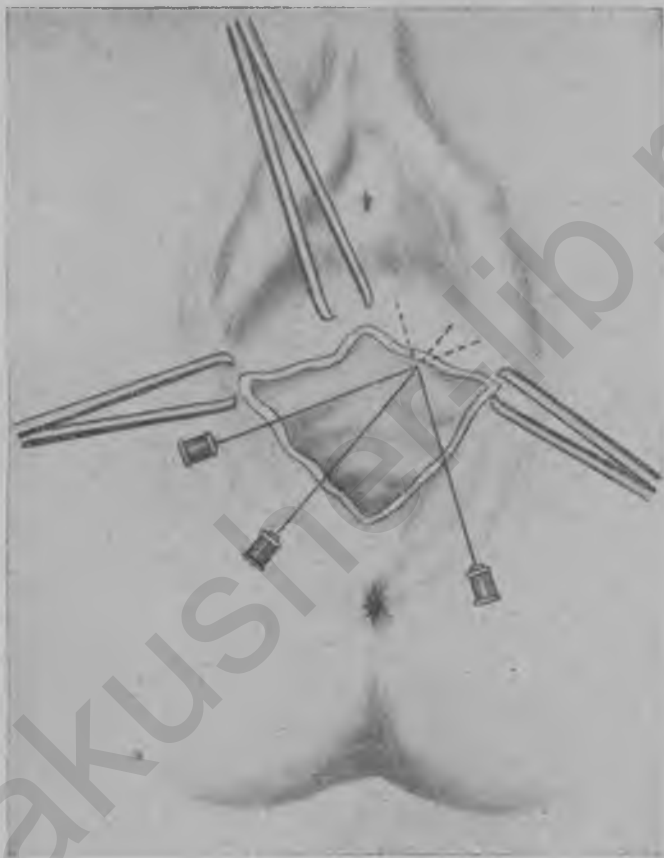


Рис. 195. Введение новокаина под слизистую оболочку влагалища.

после изгнания плода и дает возможность без добавочного обезболивания зашить разрыв промежности. Если анестезирующий эффект прошел, мы с целью обезболивания вводим  $\frac{1}{4}$ -проц. раствор новокаина в толщу разорванных тканей со стороны раневой поверхности под слизистую оболочку влагалища и под кожу промежности (рис. 195).

Для того чтобы разрыв хорошо зашить, необходимо его сделать доступным зрению. С этой целью следует захватить пулевыми щипцами края разрыва и обнажить всю раневую поверхность. Первые пулевые щипцы накладываются на верхушку разрыва, находящуюся обычно на задней стенке влага-

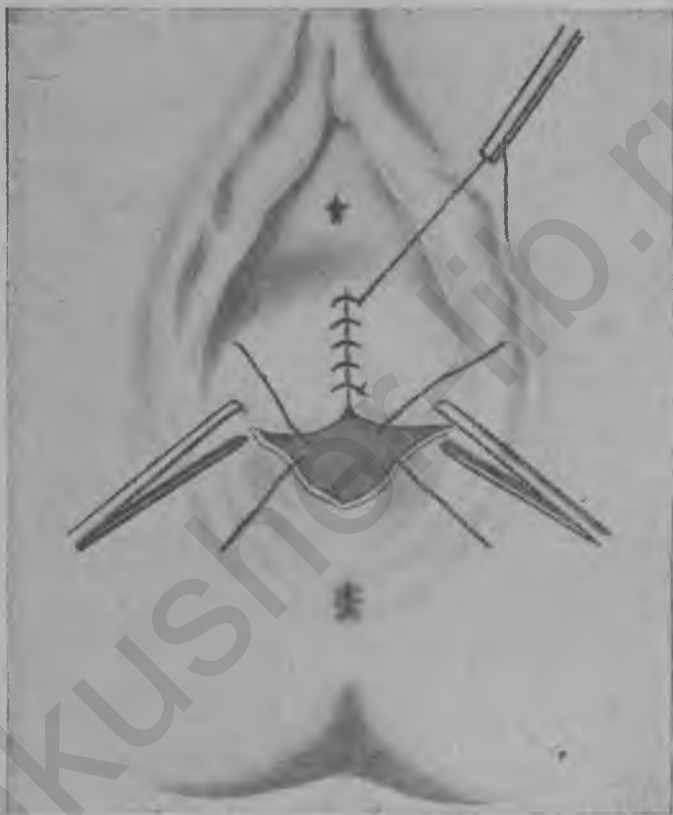


Рис. 196. Задняя стенка влагалища почти зашита: накладываются погружные швы на промежность.

лица, на большем или меньшем расстоянии от входа в него. Две пары щипцов захватывают боковые углы разрыва, локализующиеся обычно у основания малых губ (рис. 195). Натягивая щипцы, удастся все операционное поле сделать легко доступным зрению. Для того чтобы вытекающая из матки кровь не заливала операционного поля, во влагалище выше верхушки разрыва вводят марлевый пелот, который всасывает

и задерживает кровь, выделяющуюся из матки. Шьют кетгутom. Разорвавшаяся стенка влагалища зашивается непрерывным кетгутовым швом, последние стежки которого доходят почти до боковых углов разрыва; таким образом восстанавливается разорвавшаяся задняя стенка влагалища. Промежность



Рис. 197. Шов, восстанавливающий заднюю спайку.

зашивается в два, а при глубоких разрывах и в три этажа. Накладывая погружные швы, необходимо обратить внимание на то, чтобы шов проходил ниже дна разрыва во избежание образования мертвого пространства. Погружные швы накладываются следующим образом: выкол делается в раневую поверхность на  $\frac{1}{2}$  см ниже края разрыва. Шов проходит ниже раневой поверхности, выкол делается с противоположной стороны также на  $\frac{1}{2}$  см ниже края разрыва. Таких швов на расстоянии сантиметра друг от друга накладывают 3—4—5,

в зависимости от величины разрыва (рис. 196). Место будущей задней спайки сшивается изолированно: шов проходит от левого бокового угла разрыва на  $1\frac{1}{2}$  см кнаружи от него, прохватывает поверхностно дно разрыва и выкладывается с противоположной стороны, на  $1\frac{1}{2}$  см кнаружи от правого



Рис. 198. На промежность накладываются скобки Мишеля.

бокового угла (рис. 197). После завязывания указанного шва рана промежности представляется в форме узкой щели, расположенной по средней линии. Иногда между этим швом и последним стежком непрерывного шва, наложенного на заднюю стенку влагалища, приходится наложить еще 1—2 шва. Натягивая последний шов, наложенный на заднюю спайку и натягивая нижний угол раны, захватив его зажимом Кохера, щель еще больше суживают. Закрытие раны промежности

совершается при помощи скобок Мишеля (рис. 198). Линия швов протирается сухой марлей и иодом; извлекается пелот, вложенный во влагалище. При разрывах третьей степени сначала зашивают разорванную переднюю стенку прямой кишки, обращая особое внимание на сшивание концов разошедшегося сфинктера.

Стенка кишки зашивается одним этажом узловых тонких кетгутовых швов. Первый шов накладывается на верхушку разрыва кишки (рис. 199), следующие швы следуют друг за другом на расстоянии  $1\frac{1}{2}$  см. Вкол делается на  $3-4\frac{1}{2}$  см кнаружи от края разорвавшейся кишки, а выкол — на  $\frac{1}{4}$  см кнаружи с таким расчетом, чтобы шов не проникал в просвет кишки. С противоположной стороны шов идет в обратном направлении: вкол делается на  $\frac{1}{4}$  см кнаружи от разрыва, выкол — на  $\frac{3}{4}-1-2$  см кнаружи. После зашивания передней стенки прямой кишки на всем протяжении разрыва, двумя швами более крепкого кетгута сшиваются разорвавшиеся мышцы сфинктера задне-проходного отверстия (рис. 200). Края сфинктера легко обнаружить в нижних



Рис. 199. Накладываются швы на разорвавшуюся стенку прямой кишки.

углах раны почти у самой кожи, швы должны прохватывать всю толщу мышцы. На сфинктер можно наложить и шелковые швы, завязав их после того, как будет зашита промежность. После зашивания разорвавшейся стенки прямой кишки и сфинктера получается разрыв 2-й степени, который зашивается по изложенному выше способу. При центральном разрыве промежности ножницами рассекают заднюю спайку и часть промежности выше разрыва, благодаря чему разрушается мостик между отверстием во влагалище и отверстием в промежности (рис. 201); центральный разрыв при этом

превращается в разрыв 2-й степени, который и зашивается.

Послеоперационный уход довольно прост: два раза в день и, сверх этого, после каждого мочеиспускания швы вытираются насухо и протираются спиртом; область наружных половых органов обмывается раствором марганцево-кислого калия с таким расчетом, чтобы при этом жидкость не смачивала швов. После обмывания на швы кладется сухая асептическая марлевая прокладка.

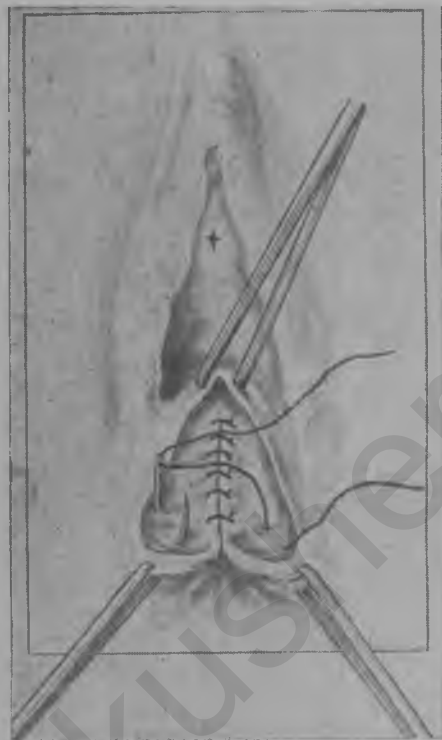


Рис. 200. Шов на sphincter ani.

Кишечник при разрывах 2-й степени мы опорожняем на 4-й день, назначая легкое слабительное. Скобки снимаются на 5-й день. При разрывах 3-й степени кишечник опорожняем на 6-е сутки. В течение первых пяти суток больной назначается жженая магнезия в количестве 5—7 г, на 5-е сутки дается слабительное: лакричный порошок, касторовое масло; на 6-е сутки перед снятием швов назначается небольшая, лучше всего, масляная клизма.

Процент заживлений первичным натяжением на нашем материале составляет 96. В 4% имелось вторичное и третичное натяжение. В случае расхождения швов необходимо произвести повторное зашивание после того, как очистится рана. При вторичном зашивании, которое, как я указывал, производится только после полного очищения раны и прекращения гноевидных выделений, грануляции соскабливаются острой ложечкой, после чего зашивание совершается так же, как и при свежих разрывах. Из 15 повторных зашиваний, проведенных в прошлом году в родильном отделении клиники, 12 зажило первичным натяжением. Это указывает на безусловную

целесообразность вторичного зашивания. Если этого не сделать, у больной в дальнейшем может образоваться опущение или даже выпадение половых органов.

Изолированные разрывы влагалища, как я уже указывал, встречаются редко. Разрывы влагалища либо комбинируются с разрывами промежности, либо являются продолжением разрывов шейки матки.

### Гематомы вульвы и влагалища.

Редко (один на 16 тыс. родов) наблюдается образование влагалищных или вульварных гематом, происходящих вследствие подкожного разрыва сосудов. Большинство гематом образуется во время родов, вследствие разможжения сосудов проходящим плодом. Иногда гематомы наблюдаются и во время беременности, происходя, повидимому, вследствие особой хрупкости и ломкости сосудов. Гематомы чрезвычайно редко ведут к кровотечениям, требующим какого-либо вмешательства. Случаи смерти от анемии при указанных гематомах единичны, так как обычно кровотечение останавливается. Гематомы могут достигать иногда большой величины — до кулака взрослого мужчины и больше. Они проявляются быстрым возникновением на боковой стенке влагалища или в области большой губы опухоли темносинего, багрового цвета.

Лечение большинства гематом консервативное. Назначением давящей повязки стремятся несколько уменьшить напряжение гематомы. Все наше внимание должно быть обращено на чистое содержание половых органов и на избежание разрыва капсулы гематомы. Открытые гематомы, возникающие при разрыве их капсулы, образованной стенкой влагалища или вульвы, протекают гораздо хуже, чем закрытые. Нередко в этих случаях присоединяется инфекция, вызывающая длительный нагноительный процесс. Если гематома вскрылась, необходимо ее опорожнить для того, чтобы удалить сгустки крови, представляющие собой прекрасный питательный материал для микробов. Удаление тромбированной гематомы должно совершаться с осторожностью, ибо при грубых манипуляциях возможен отрыв тромба и новое кровотечение, которое может потребовать либо обкалывания кровоточащего сосуда, либо тугим тампонажем.

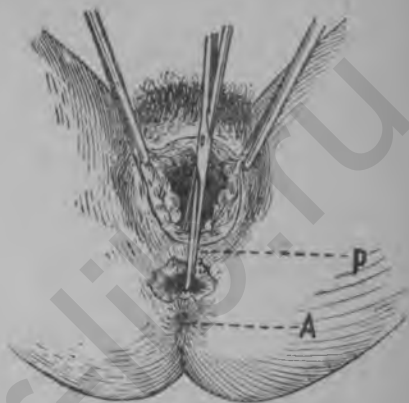


Рис. 201. Центральный разрыв промежности (P), А — anus.

## МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ.

При многоплодной беременности возможна не только двойня. Нередки случаи родов тройней; известны случаи родов четверней, пятерней, шестерней; в литературе даже описан один случай родов семерней; этот случай, однако, вызывает у многих авторов сомнение; роды же шестерней несомненно бывают: в литературе имеются три подобных сообщения.

Роды пятерней представляют явление, которое ни в ком не вызывает сомнения. В моей памяти встает случай, опубликованный во французской печати в 1913 г. об одной итальянке, родившей пятерню.

Роды четверней представляют более частое явление; в 1934 г. у нас писали о жене грузчика ст. Нальчик, родившей 4 детей, которые остались в живых. О родах четверней недавно сообщили Ивановский (1934 г.) и Линник. Роды тройней наблюдал каждый более или менее опытный акушер.

Конечно, интересен вопрос, насколько часто встречается многоплодная беременность; по этому поводу имеются разнообразные, неоднородные статистики. Наиболее распространенной является статистика Геллина, который дает следующую схему: двойни встречаются один раз на 80 родов, тройни — один раз на  $80^2$ , четверни — один на  $80^3$  и т. д.

Если придерживаться этой схемы, то приблизительно на 1 000 родов имеется 12—13 двоен. Другие статистики дают иные цифры: во Франции и США двойни наблюдаются 11 раз на 1 000 родов. В странах северной Европы двойни встречаются несколько чаще: в Норвегии — 13,6 на 1 000 родов, в Дании — 14,2. По русским данным, двойни встречаются еще чаще; в нашей клинике двойни встречаются 16,6 на 1 000 родов; Колосов указывает, что в нашей стране двойни встречаются один раз на 50—60 родов, т. е. 20—16,6 на 1 000 родов.

В азиатских странах, в частности в Японии, двойни встречаются реже; Verschuer указывает, что в Японии двойни встречаются один раз на 150—200 родов, другими словами, 5—6,6 на 1 000 родов. Другой, японский автор — Takahashi приводит цифры, свидетельствующие, что двойни в Японии встречаются несколько чаще — один раз на 95 родов, т. е. 10,5 на 1 000 родов.



Обращает на себя внимание определенное влияние наследственности на частоту многоплодной беременности; в подавляющем большинстве случаев родственники женщины, родившей двойню, также отмечали у себя многоплодную беременность. Таким образом, влияние наследственности со стороны матери несомненно. Но есть некоторые случаи, которые дают основание полагать, что имеется не только влияние матери, но и влияние отца; если у родственников мужа наблюдалось многоплодие, то возможность двойни у потомства данного человека повышается. Стрелковский приводит случай, где мужчина дважды женатый, в обоих браках имел многоплодное потомство.

Аелорье сообщает о мужчине, имевшем от первого брака 69 детей (4 четверни, 7 троен и 16 двоен) и от второго брака 16 детей (две тройни и 5 двоен).

Давенпорт указывает, что женщины, происходящие из многоплодной семьи, рожают двойни в  $4\frac{1}{2}$  раза чаще, чем другие женщины. Почти такие же шансы (4—2 против 1) иметь многоплодное потомство наблюдаются и у мужчин, происходящих из многоплодных семей. Некоторые авторы (Вейнберг) отрицают влияние мужа в этом направлении.

Наконец, следует отметить, что вообще многоплодная беременность чаще наблюдается у лиц, происходящих из многодетной семьи.

Многоплодная беременность чаще всего встречается у пожилых многорожавших женщин. На нашем материале родов двойнями многорожавшие составляли 63,7%, первородящие — 36,3%. Раздвоение половых органов безусловно предрасполагает к беременности двойней.

Хотя мы и разбираем многоплодную беременность, но все свое внимание уделяем двойням, поскольку они встречаются чаще. Здесь можно встретиться либо с оплодотворением двумя сперматозоидами двух яиц, имея двухяйцевую двойню, либо с оплодотворением двумя сперматозоидами одного яйца — однойяйцевая двойня. Происхождение двухяйцевых двоен легко объяснить.

В этих случаях дело идет об оплодотворении двух разных яиц, которые могли произойти либо из двух разных яичников, либо выделиться из одного яичника, либо даже — из одного граафоваго пузырька. Каждое из этих яиц, разумеется, оплодотворяется отдельным сперматозоидом.

Механизм возникновения однойяйцевых двоен менее понятен. Некоторые авторы считают, что источником однойяйцевой двойни является яйцо с двумя ядрами. Существование таких многоядерных яиц описано Скробанским, а впоследствии Штрассманом, Франке и др. Если

такое яйцо, имеющее 2 ядра, оплодотворяется также двух-ядерным сперматозоидом, то получается однойяйцевая двойня. Однако указанное объяснение мало вероятно: чаще, повидимому, дело идет о некоторых видоизменениях нормального оплодотворенного яйца.



Рис. 202. Двухяйцевая двойня. Каждый плод имеет отдельный амнион, хорион и децидуальную оболочку.



Рис. 203. Однойяйцевая двойня. Хорион и децидуальная оболочка общие для обоих плодов.

Соботта полагает, что однойяйцевые двойни происходят потому, что оплодотворенное яйцо атипически делится на два зачатка; в этих случаях оно развивается сначала как обычно; достигнув стадии морулы, а потом стадии бластулы, яйцо делится на два эмбриона. В пользу такого происхождения однойяйцевых двоен говорит то обстоятельство, что обыкновенно дети, вышедшие из однойяйцевой двойни, поразительно похожи один на другого как по физическим, так и по духовным качествам.

Двухяйцевые двойни встречаются значительно чаще, чем однойяйцевые; по Бару в 70% всех двоен, по Альфельду — в 76%, по Груздеву — в 85%.

При двухяйцевой двойне каждый плод имеет совершенно обособленный плодный мешок, вследствие чего каждый плод окружен отдельным хорионом и отдельным амнионом. В некоторых случаях, когда зародыши располагаются на далеком расстоянии друг от друга, каждый плод окружен еще отдель-

ной decidua (рис. 202). Благодаря тому, что каждый плод имеет отдельный хорион, такие двойни называются дихориатами. Однояйцевые двойни всегда являются монохориатами, т. е. они имеют общий хорион (рис. 203). Что касается амниона, то в большинстве случаев (95,6% — 91,7%) каждый плод имеет отдельный амниотический мешок; только в редких случаях амнион является общим; такие двойни называются моноамниотическими. Наличие обоих плодов в общем амниотическом мешке в некоторых случаях представляет вторичное явление. Вначале каждый плод лежит в отдельном амниональном пузыре; в дальнейшем же, перегородка между этими пузырями может под влиянием давления околоплодных вод или движений плода разорваться, вследствие чего возникает общий мешок для обоих плодов.

Плоды двухяйцевой двойни могут развиваться рядом друг с другом, имея в этих случаях 2 сросшихся плаценты; иногда эти плоды развиваются на некотором расстоянии друг от друга, и тогда плаценты их совершенно разделены. Что касается однояйцевых двоен, то тут имеется всегда одна плацента, причем каждый плод имеет свою отдельную пуповину; в некоторых же редких случаях от плаценты отходит общая пуповина для обоих плодов, которая разветвляется лишь на некотором от нее расстоянии.

Кровообращение обоих плодов при двухяйцевой двойне является изолированным. Сосуды одного плода совершенно отделены от сосудов другого плода. При однояйцевых двойнях, наоборот, как правило, имеется сообщение между плацентарными сосудами обоих плодов, причем это сообщение будет касаться либо капилляров между собой, либо вен одной плаценты с венами другой, либо артерий с венами, либо артерий с артериями. Это приводит к тому, что оба плода часто получают неодинаковое количество крови; один плод может получать крови значительно больше, чем другой; поэтому разница в весе и в развитии плодов однояйцевой двойни бывает гораздо заметнее и встречается чаще, чем при двухяйцевой двойне. В некоторых случаях, у одного из плодов, вследствие недостаточного поступления или полного отсутствия крови, сердце либо вовсе не развивается, либо, развившись, атрофируется; получается аскардикус — бессердечный плод. Этот плод если и достигает иногда некоторого развития, то не за счет собственного кровообращения, а благодаря тому, что к нему поступает кровь, прогоняемая сердцем второго плода. Иногда развитие второго плода, получающего мало крови, приостанавливается; он, сдавливаясь между стенкой матки и другим плодом, превращается в уплощенный плод, носящий название бумажного плода.

Таким образом, условия для развития плодов однойяйцевой двойни гораздо менее благоприятны, чем условия для их развития при двухяйцевой двойне. Средний вес плодов при двухяйцевой двойне равен 2 500 г, при однойяйцевой — 2,430 г.

Я уже указывал, что дети однойяйцевой двойни очень похожи друг на друга; в этих случаях рождаются плоды одного и того же пола: либо две девочки, либо два мальчика. У двухяйцевых двоен совпадение полов и сходство физических и психических черт необязательно; оно наблюдается так же часто, как у братьев и сестер, рожденных при одноплодной беременности.

Сходство плодов однойяйцевой двойни начинает резко выступать со второго года их послеплодной жизни; при двухяйцевой двойне, наоборот, со второго года начинает ясно обозначаться различие между обоими плодами. Группа и свойства крови плодов однойяйцевой двойни совершенно идентичны; также совершенно одинаково у них направление

складок на пальцах ног и рук, дающих идентичные отпечатки.

Разбирая возможность получения двухяйцевой двойни, возникает вопрос о том — совершается оплодотворение обоих яиц одновременно или нет. Поскольку дело идет о двух яйцах, оплодотворенных двумя сперматозоидами, допустимы разные возможности; в одних случаях оба яйца оплодотворяются одновременно двумя сперматозоидами; в других случаях промежуток между оплодотворением обоих яиц, созревших в течение одной овуляции, может составлять несколько дней; это обстоятельство носит название Superfoecundatio — сверхплодотворение. Вопрос о сверхплодотворении, т. е. разновременном оплодотворении двух яиц одной и той же овуляции является почти бесспорным. Возможность же оплодотворения двух яиц разных овуляций вряд ли вероятна. В таком случае следовало бы допустить, что через месяц после возникновения беремен-

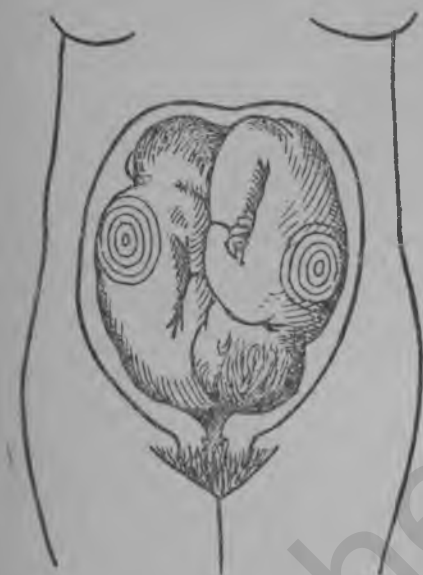


Рис. 204. Выслушивание сердцебиения обоих плодов.

ности наступила снова овуляция, и оплодотворилось еще одно яйцо — произошло сверхзачатие — Superfoetatio. Такое допущение неправильно: мы знаем, что с наступлением беременности желтое тело продолжает свою функцию, что исключает возможность развития следующего фолликула и наступления следующей овуляции. Таким образом, при наличии уже оплодотворенного яйца отсутствует возможность появления нового яйца, годного к оплодотворению. Кроме того, при наступлении беременности, в шейке матки образуется слизистая пробка, плотно закрывающая вход в матку и мешающая сперматозоидам проникнуть в нее. Таким образом, предположение о возможности оплодотворения нового яйца при наличии развивающегося плода в матке является очень спорным.

Некоторые авторы видят доказательство возможности сверхзачатия в том, что разница в весе плодов может достигать иногда больших цифр — до 1 кг и больше. Указанное обстоятельство, по их мнению, свидетельствует о разном возрасте обоих плодов. Такое допущение не обосновано, так как значительную разницу в весе наблюдают, главным образом, при однойяйцевой двойне, при которой речь может идти только об одновременном оплодотворении.

При наступлении беременности двойней, плоды в дальнейшем могут располагаться в полости матки в разных положениях; приблизительно в 90% всех случаев мы имеем продольное расположение обоих плодов, причем чаще всего (почти в половине случаев) оба плода находятся в головном предлежании, или один в головном, другой в ягодичном; приблизительно в 10% случаев оба плода находятся в ягодичном предлежании. Случаи поперечного лежания обоих плодов чрезвычайно редки (0,5%); чаще (5—10%) наблюдается продольное положение (головное или ягодичное предлежание) одного плода и поперечное положение другого.

При продольном положении обоих плодов они располагаются либо рядом — один справа, другой слева (рис. 204), либо один позади другого (рис. 205); в последнем случае задний плод обычно лежит несколько выше переднего, благодаря чему бросается в глаза значительное расстояние между предлежащей частью и дном матки. При поперечном положении обоих плодов они располагаются обычно друг над другом и, значительно реже, рядом — один спереди, другой сзади. Необходимо иметь в виду, что во время родов после изгнания первого плода положение второго плода может измениться.

Диагностика многоплодной беременности в первые месяцы почти невозможна; некоторым указанием на наличие нескольких плодов может служить быстрый рост

матки, более резкое проявление субъективных ощущений, сопровождающих беременность. Более ясное представление о наличии многоплодной беременности появляется с 7-го месяца, но и в этих случаях диагностика иногда представляет большие затруднения.

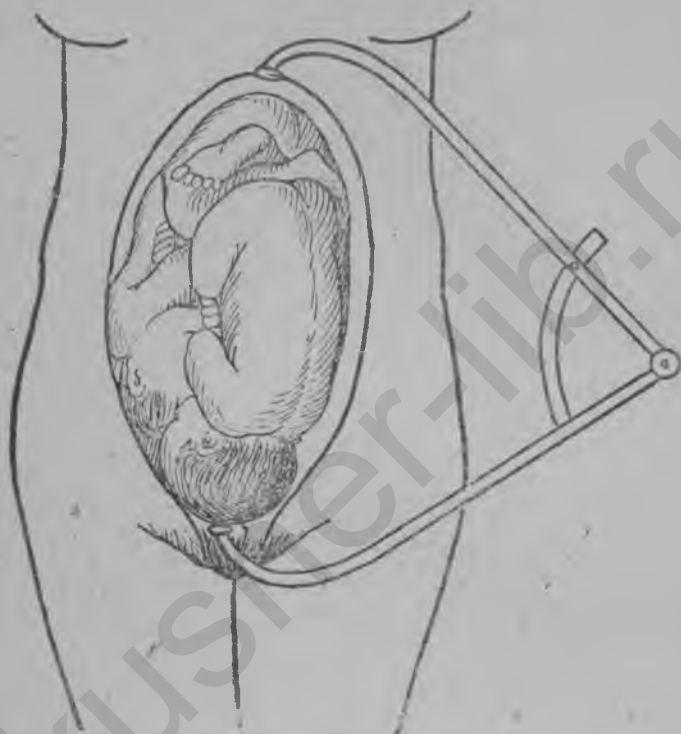


Рис. 205. Измерение расстояния между обоими плодами.

Некоторое значение могут иметь анамнестические данные. Прежде всего необходимо выяснить, не было ли у родных данной больной или у родных мужа многоплодной беременности. Дальше, как я уже указывал, женщины с многоплодной беременностью отмечают более резкие субъективные ощущения, сопровождающие беременность. Помимо того эти ощущения длятся значительно дольше, чем обычно.

Затем следует отметить, что осложнения во 2-й половине беременности, отеки, нефрозы, эклампсия и т. д. встречаются при многоплодной беременности несравненно чаще, чем при нормальной. На нашем материале случаи эклампсии при мног-

плодной беременности наблюдались в 10 раз чаще, чем при одноплодной. Отмечается сравнительно раннее появление затрудненного дыхания, чувства тяжести, чувства чрезмерного напряжения; больная отмечает движения плода по всему животу, которые нередко сопровождаются болезненностью.

Указанные анамнестические данные могут только вызвать предположение о многоплодной беременности, но не дают основания для окончательной постановки диагноза. Последняя возможна путем объективного обследования. Окружность живота, превышающая 100 см, особенно у худой особы, должна вызвать подозрение на наличие многоплодной беременности. При осмотре живота иногда обнаруживается борозда, лежащая между обоими плодами, как бы разделяющая матку надвое; эта борозда может наблюдаться тогда, когда оба плода, находящиеся в продольном положении, лежат рядом друг с другом. Прощупывание большого количества мелких частей может вызвать подозрение о наличии многоплодной беременности; более убедительным является прощупывание не менее трех крупных частей, или двух крупных частей, лежащих рядом друг с другом, например, двух головок. Вполне убедительным является прослушивание двух отдельных сердцебиений различной частоты. Необходимо, однако, помнить, что иногда и при одноплодной беременности имеется большая зона распространения сердцебиения; при наличии двойни прослушиваются два отдельных сердцебиения, между которыми находится зона, где никакого сердцебиения не удастся отметить (рис. 204); одновременное выслушивание в течение 1-й мин. обоих сердцебиений поручается двум лицам, которые начинают и кончают счет в одно и то же время; получение обоими лицами разницы не менее чем в 10 ударов, свидетельствует о наличии сердцебиения разных плодов. В редких случаях оба плода могут иметь одинаковое число ударов в минуту.

Затем некоторое значение, особенно в тех случаях, когда оба плода лежат в продольном положении, может иметь измерение расстояния от предлежащей части до дна матки. Обычно при одном плоде это расстояние составляет 25—27 см; при наличии же 2 плодов, если один лежит выше, другой ниже, расстояние от нижней точки предлежащей части одного плода до наиболее отдаленной части другого плода будет значительно большим (рис. 205). Поэтому, получая при таком измерении цифру, большую 30, можно, с известной долей вероятия, предположить наличие двух плодов в матке.

Но, однако, есть некоторые случаи, когда даже подробное объективное исследование не дает возможности с уверенностью поставить во время беременности диагноз двойни. При-

многоплодной беременности, нередко сопровождающейся многоводием одного из плодов, стенки матки могут оказаться напряженными, что значительно снижает пальпаторные ощущения, которые мы получаем при ощупывании. В таких случаях дело может разъяснить рентгеновское исследование, которое со второй половины беременности безошибочно подтвердит или опровергнет наше предположение о наличии двух плодов в матке.

Дифференцировать многоплодную беременность приходится с пузырным заносом и с многоводием. Пузырный занос во вторую половину встречается чрезвычайно редко; кроме того, в этих случаях, помимо быстрого увеличения матки, несоответственно сроку, больная отмечает кровянистые выделения и отхождение пузырьков; сердцебиение плода отсутствует. При многоводии предлежащая часть не опускается в полость таза, оставаясь все время подвижной над входом в него. Если при ощупывании находят предлежащую часть опустившейся в таз, можно быть почти уверенным, что тут многоплодие, а не многоводие. Нередко наблюдается комбинация многоводия и многоплодия; многоводие констатируется только в одном плодном пузыре; предлежащая же часть другого плода может опуститься в таз, подтверждая наличие многоплодия.

При недостаточности данных, получаемых при наружном обследовании, приходится прибегать к внутреннему исследованию. При этом можно определить иногда предлежащую часть, которая, вследствие своего опущения в таз, оказалась недоступной для наружного исследования.

Если ошибка в диагнозе во время беременности представляется неприятной, то она особенно неприятна, если совершается во время родов. Нераспознанная во время беременности двойня заслуживает известного снисхождения; если же после рождения первого плода просматривается наличие второго плода в матке, то это является моментом, дискредитирующим врача. Поэтому необходимо после изгнания плода, как правило, ощупать матку, чтобы исключить наличие второго плода; поступая так, вы никогда не ошибетесь. Я знаю случай, когда врач, приняв в частном доме ребенка, поручил принять детское место акушерке и уехал; легко себе представить растерянность акушерки и родных больной, когда через полчаса выпала ножка и стал рождаться второй плод.

Течение беременности и родов. Беременность при многоплодии в большинстве случаев протекает несколько тяжелее, чем обычно. Как уже указывалось, субъективные явления, свойственные первой половине беременности, и токсикозы, которые наблюдаются во второй половине, при



многоплодии выражены обычно более резко и длятся значительно дольше. Затем в сравнительно большом проценте случаев происходит преждевременное прекращение беременности — на 7—8—9-м мес. Это вызывается перерастяжением матки двумя плодами, большим количеством вод, которое иногда сопровождает многоплодие. В Воронежской клинике срочные роды — на 10-м лунном месяце — наблюдались всего лишь в 27,3% случаев. Остальные роды были преждевременными: на 9-м — в 30,3%, на 8-м в 21,2%, на 7-м в 21,2% случаев. При гибели одного из плодов он обычно остается в полости матки и изгоняется лишь при родах второго живого плода. В очень редких случаях погибший плод изгоняется, а оставшийся плод развивается дальше.

Самое течение родового акта также сопровождается некоторыми опасностями как для матери, так и для плода; прежде всего, часто имеются неправильные положения плода. Если поперечные положения при одноплодной беременности встречаются в половине процента, то при многоплодной беременности поперечное положение, хотя бы одного плода, встречается почти в 5—15 раз чаще. Это обстоятельство уже само по себе является осложнением при родах. Кроме того, течение самих родов изменяется; наблюдается удлинение первого периода родов, ибо перерастянутая матка не в состоянии так правильно и ритмично сокращаться, как она сокращается при одном плоде. Вследствие этого течение родов затягивается. Средняя длительность родов при двойнях у первородящих, по литературным данным, составляет 23—24 часа, а у повторнородящих — 10—11 часов. На нашем материале роды длятся еще дольше: у первородящих — 25 час. и у повторнородящих — 13 час. 30 мин.

Второй период может также представлять известные осложнения не только в тех случаях, когда имеется неправильное положение плода. Сборная статистика Леонгардта (1897 г.) указывает, что роды головным предлежанием имели место в 1252 случаях, тазовым — в 541 случае и в 47 случаях (2,5%) наблюдались поперечные положения.

Вследствие перерастяжения мышц матки и истощения ее в периоде раскрытия, родовая деятельность во втором периоде в некоторых случаях может прекратиться, и изгнание плодов может затянуться на многие часы. Брио описывает случай, в котором второй плод родился через 11 дней после первого. В большинстве же случаев, однако, через 20—30 мин. после рождения первого плода, разрывается второй плодный пузырь, возобновляется потужная деятельность, и плод быстро изгоняется.

Третий период при многоплодной беременности также

чаще сопровождается осложнениями, чем обычно; в этих случаях имеется очень объемистая, занимающая большую площадь, плацента, изгнание которой сопряжено с большими трудностями. Перерастянутая матка и в третьем периоде может оказаться неспособной к ритмическим сокращениям, необходимым для отделения и изгнания последа. Наконец, добавочные дольки при многоплодной беременности встречаются значительно чаще, чем обычно. Все это приводит к тому, что кровопотери в 500 г и больше при многоплодной беременности встречаются почти в  $\frac{1}{3}$  всех случаев. Велико число случаев, в которых для отделения последа приходится прибегать к выжиманию по Креде или к ручному отделению.

Обычно послед обоих плодов выходит после рождения второго плода, и только в редких случаях выходение первого последа может произойти после рождения первого плода: по Штрассманну трижды на 476 случаев. Мы наблюдали случай, когда послед первого плода отошел лишь после того, как родился второй плод со своим последом.

Значительные затруднения при родах наблюдаются при одновременном вставлении отдельных частей обоих плодов; это осложнение может наблюдаться при малых плодах, или при обширном тазе матери. Одновременное вставление частей обоих плодов может наблюдаться в различных комбинациях: либо одновременно вставляются обе предлежащие головки, причем головка второго плода располагается в углублении, образованном между шейей первого плода и его плечом, либо после рождения туловища первого плода, находившегося в ягодичном предлежании, мимо головки которого в таз проникает головка второго плода, либо при поперечном положении второго плода, плечо которого опускается в таз и мешает вставлению головки плода, туловище которого уже родилось (рис. 206).

Поведение врача во время родов. Необходимо помнить, что очень многие роды при многоплодной беременности протекают совершенно нормально; поэтому нет оснований проявлять беспокойство, установив многоплодие. Но, с другой стороны, необходимо отметить, что при двойне осложнения встречаются несравненно чаще, чем при обычных родах, и что следует быть готовым к оказанию той или иной помощи.

Первый период родов, обычно, ведется выжидательно. Если имеется многоводие одного из плодов, разрывают плодный пузырь; благодаря этому перерастяжение матки уменьшается, что способствует некоторому упорядочению родовой деятельности. При слабости схваток применяется хинин; как общее укрепляющее средство, применяется душ и т. д.

После рождения первого плода необходимо сейчас же перевязать конец пуповины, идущий к плаценте. Если этого не сделать, оставшийся плод однойцевой двойни истечет кровью; до конца же родов невозможно установить, с какой разновидностью имеем дело с — одно-или двухяйцевой двойней.

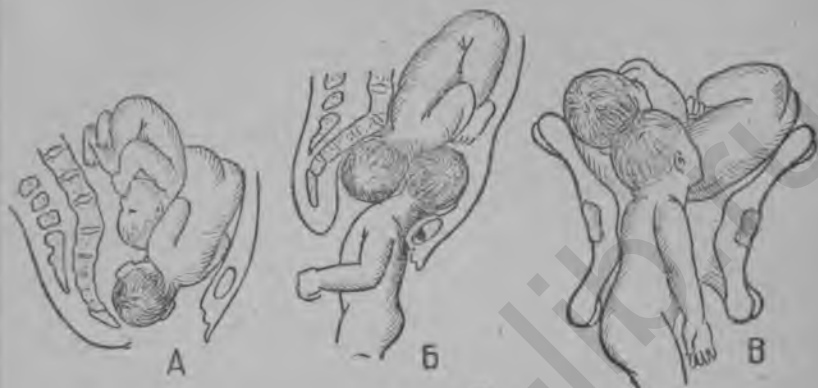


Рис. 206. Одновременное вступление в таз частей обоих плодов: А — головок обоих плодов, находящихся в головном предлежании; Б — головок обоих плодов, из которых один находится в ягодичном предлежании; В — плечика одного плода и головки другого.

После рождения первого плода необходимо произвести наружное исследование, чтобы выяснить, в каком положении находится второй плод; необходимо выслушивать каждые 5 мин. сердцебиение второго плода, потому что после рождения первого плода может начаться отслойка детского места, которая вызовет гибель второго плода. Если обнаружено неправильное положение второго плода, очень легко сделать наружный поворот и таким образом перевести поперечное положение в продольное. Если второй плод находится в правильном положении и сердцебиение его не внушает опасений, некоторое время выжидают. Как я уже указывал, обычно через 20—30 мин., самое позднее, через час, возобновляется родовая деятельность, и второй плод самостоятельно изгоняется. Если через 30 минут, 1 час после рождения первого плода родовая деятельность не возобновляется, изгнание второго плода может наступить через много часов и даже дней; матка остается открытой, инфекция может проникнуть в нее и вызвать лихорадочное послеродовое течение. Поэтому, если в течение часа родовая деятельность не возобновляется, мы рекомендуем ускорить роды второго плода. В большинстве

случаев разрыв второго пузыря бывает совершенно достаточным для возобновления родовой деятельности.

Если после разрыва пузыря родовая деятельность не наступает, приходится извлекать плод оперативным путем: наложением щипцов при фиксированной головке или поворотом и извлечением при подвижном плоде, или простым извлечением при ягодичном предлежании плода.

В третьем периоде следует быть особенно внимательным; как уже указывалось, выделение последа может протекать неправильно и сопровождаться кровотечением, иногда довольно обильным; в этих случаях, при появлении кровотечения показано немедленное удаление последа; чаще всего это удается сделать при помощи способа Креде без наркоза или под наркозом. В противном случае приходится прибегать к ручному удалению детского места.

В тех случаях, когда приходится удалять первый плод и, если по тем или иным показаниям, пришлось наложить щипцы, произвести поворот, применяя при этом наркоз, то нет никакого основания ждать самостоятельного изгнания второго плода; больная находится под наркозом, имеется полная возможность и основание легко извлечь второй плод и быстро закончить роды.

С выхождением плаценты не заканчивается, однако, опасность для матери, ибо послеродовые атонические кровотечения при многоплодии встречаются значительно чаще, чем при обычных родах. Поэтому больную следует держать под наблюдением в течение нескольких часов после того, как родился послед. Детское место требует тщательного осмотра, так как задержка частей его в матке при многоплодной беременности наблюдается нередко. При наличии остатков частей плаценты или ее дольки в матке показано ручное обследование полости матки и удаление задержавшихся частей.

Кроме того, при осмотре плаценты можно выяснить, с какими двойнями имеют дело — однойцевыми или двухъяйцевыми. Если при осмотре перегородка оказывается состоящей из 4 листков (2 хорионов и 2 амнионов), то двойня была двухъяйцевой. Если перегородка состоит из 2 листков (2 амниона), или если между плодами перегородки вовсе нет, речь идет об однойцевой двойне.

При одновременном вступлении частей обоих плодов роды заканчиваются самостоятельно лишь в исключительных случаях — при очень малых плодах и обширном тазе. В большинстве случаев приходится вмешиваться. Прежде всего, следует попытаться отодвинуть кверху лежащую часть второго плода; если это не удастся, приходится перфорировать вставляющуюся головку второго плода или сделать декапи-

тацию первого плода, туловище которого уже родилось; в этом случае отделенная головка отходит кверху и получается возможность для извлечения второго плода.

Что касается беременности тройней, четверней, то чаще всего имеются плоды, развившиеся из 2—3—4 яиц и очень редко из одного яйца.

Обычно дети при многоплодной беременности имеют меньше шансов остаться в живых и нормально развиваться, чем дети при одноплодной беременности. Во-первых, в этих случаях часто наблюдается преждевременное прерывание беременности; во-вторых, при родах значительно чаще приходится прибегать к тем или иным оперативным пособиям; в-третьих, вес плодов, даже при срочных родах, ниже обычного веса и равняется, в среднем 2380,0. У однойяцевой двойни шансов для развития одного из плодов обычно меньше, чем у другого.

Детская смертность во время родов колеблется от 5 до 20%; около 15—20% умирает в первые семь дней. В Воронежской клинике общая детская смертность при двойнях составляет 27,3%.

Но наряду с этим, известны случаи нормального развития детей от тройни и даже от четверни.

## ОБЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКОГО ОРГАНИЗМА, ПОЯВИВШИЕСЯ ДО ИЛИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.

### Заболевания сердца.

Наступление беременности у больных, страдающих сердечными заболеваниями, должно всегда привлечь к себе самое серьезное внимание. Правда, старый взгляд о том, что беременность является очень грозным осложнением для сердечных больных, дающим 50% смертности, опровергается наблюдениями последних лет. Указанное мнение составилось у прежних акушеров и терапевтов потому, что они принимали во внимание, главным образом, тяжелые субкомпенсированные или декомпенсированные случаи. Если же взять все случаи беременности, осложненные заболеванием сердца, то окажется, что смертность не достигает таких высоких цифр. Комбинация сердечных заболеваний с беременностью встречается приблизительно в 2—3% всех случаев беременности, если принять в расчет не только тяжелые, но и легкие случаи.

Каждому более или менее опытному акушеру приходилось наблюдать, что в подавляющем большинстве случаев беременность не осложняет течения сердечного заболевания. Но наряду с этим, каждому из нас приходилось переживать чрезвычайно тяжелые случаи, кончающиеся смертельно. Довольно большие статистики говорят о том, что приблизительно в 8—10% всех сердечных заболеваний, сопровождающих беременность, имеются те или иные осложнения со стороны сердца либо в течение беременности, либо во время родов, причем в 3—4% эти осложнения настолько серьезны, что приводят к гибели больных. Таким образом, мы видим, что беременность нередко является довольно тяжелым осложнением для сердечных больных, требующих, как я уже указывал, серьезного внимания, тщательного ухода и наблюдения за ними; в таких случаях обязательно привлекать для консультации и лечения терапевта, имеющего опыт в ведении беременных сердечных больных.

Некоторые авторы высказывали такой взгляд, что и в нормальных случаях во время беременности сердце испыты-

вает довольно значительные анатомические и функциональные изменения; другие находили сердце у беременной женщины увеличенным. Как показали более подробные, тщательные исследования последнего времени, такой взгляд основан на недоразумении. Дюкастель и Лютюль показали, что сердце у беременной женщины имеет почти такой же вес, как сердце женщины небеременной; подробные клинические исследования подтвердили, что сердце во время беременности функционирует почти так же, как и вне беременности. Эти клинические наблюдения подтверждаются данными, полученными при помощи рентгеновского исследования. Правда, при помощи рентгеновского исследования в последние месяцы беременности отмечается некоторый сдвиг влево верхушки сердца; этот сдвиг вызван, однако, не расширением сердца, а смещением его, вследствие поднятия вверх диафрагмы беременной маткой.

Но если при нормальном сердце беременность не отражается на сердечной деятельности, то при заболеваниях сердца, особенно при заболеваниях субкомпенсированных, беременность предъявляет к сердцу очень большие требования, с которыми оно нередко справиться не может. Явления сердечной слабости могут наступить в различные сроки беременности, но все же чаще всего они наблюдаются во 2-й половине ее. Сначала обращают на себя внимание незначительные явления, указывающие на сердечную слабость: легкая одышка, сердцебиение, пастозность нижних конечностей. В дальнейшем эти явления могут усугубляться: появляется цианоз, резкая одышка, аритмичный неправильный пульс, увеличение левой доли печени, появление белка в моче, значительные отеки нижних конечностей, скопление жидкости в плевре и брюшной полости, уменьшение мочеотделения; затем к этому присоединяются боли в сердце, чувство страха и другие явления, которые характерны для сердечных заболеваний. В некоторых случаях может сразу наступить тяжелый коллапс, указывающий на серьезные расстройства сердечной деятельности. Особенно опасными в этом отношении являются 2-й период родов и ближайшие часы после изгнания плода. В некоторых редких случаях у таких больных наступает отек легких: ко всем описанным выше явлениям присоединяется еще удушье, чувство неминуемой смерти, отхождение густой мокроты, часто смешанной с кровью. Иногда в таком состоянии быстро наступает смерть.

Чрезвычайно трудно поставить прогноз при комбинации беременности и сердечного заболевания. Врачу-акушеру приходится ставить такой прогноз либо до беременности, когда сердечная больная обращается с вопросом, можно ли ей

выйти замуж и беременеть; приходится ставить такой прогноз и в течение самой беременности, когда забеременевшая больная обращается с таким же вопросом. Я видел очень опытных терапевтов, которые в своем прогнозе ошибались. Но хотя прогноз затруднителен, все-таки мы не можем оставить без ответа вопрос, с которым обращается к нам сама больная, либо ее родные. При даче ответа приходится руководствоваться некоторыми моментами, которые с известной степенью вероятия помогут разобраться в этом деле.

При установлении прогноза прежде всего необходимо считаться с локализацией сердечного заболевания. Наиболее благоприятно протекает беременность при недостаточности двустворчатого клапана; так же благоприятно протекают и поражения аортальных клапанов; значительно хуже, я бы сказал, протекают случаи комбинированных пороков — недостаточность и стеноза митрального клапана; наихудший прогноз дают стенозы митрального клапана. Таким образом, локализация процесса может дать некоторые прогностические указания.

Следующим моментом, которым можно руководствоваться, является состояние сердечной мышцы, которое имеет особенно важное значение при разрешении вопроса о том, насколько сердце в дальнейшем справится с той нагрузкой, которая будет к нему предъявлена в течение беременности. Если сердце не расширено, если у больной в прошлом не было явлений субкомпенсации, — прогноз может быть благоприятным, и в таких случаях можно разрешить продолжение беременности. Если же у больной были явления декомпенсации, если эти явления наблюдались недавно, конечно, следует быть очень осторожным в высказывании хорошего прогноза. Очень неблагоприятным является свежий воспалительный процесс, свежеперенесенный или обострившийся эндокардит. В этих случаях имеется полное основание высказаться против наступления или продолжения беременности у обращающейся к нам больной.

Некоторым прогностическим указанием служит возраст: молодой первородящей легче справиться с комбинацией беременности и заболевания сердца, чем пожилой первородящей. Еще труднее справиться пожилой повторнородящей, которая при частых родах не соблюдает определенного режима между ними. Очень важное значение имеет общее состояние организма, в особенности, состояние почек и легких. Заболевания последних значительно отягощают прогноз для беременных, страдающих заболеванием сердца.

Приведенные моменты могут дать некоторые указания при постановке прогноза, при даче того или иного ответа обращающейся к нам больной.



Но, даже взвешивая все указанные обстоятельства, мы не гарантированы от ошибок. В моей памяти встанут следующие 2 случая. В одном случае лечащие очень опытные кардиологи больной, страдающей старым пороком сердца, обратившейся к ним с первых дней беременности, рекомендовали продолжать беременность, не видя оснований для ее прерывания. На 8-м мес. у больной нарастают явления субкомпенсации; несмотря на это, терапевты, уже на наши клинические запросы все же отвергают необходимость прерывания беременности. Больная лежит в клинике, соблюдая соответствующий режим, около  $1\frac{1}{2}$  мес.; наступают срочные роды, они проходят в ягодичном предлежании, плод быстро извлекается. После родов состояние больной несколько улучшается, и она выписывается; дома, через 15 дней после выписки из клиники, она погибает при явлениях сердечной слабости.

Во втором случае, также кончившемся летально, продолжение беременности было санкционировано терапевтами. На 8-м мес. у больной обострился эндокардит, наступили явления сердечной слабости, и в  $8\frac{1}{2}$  мес. беременности больная погибала.

Я привел эти примеры для того, чтобы показать, насколько трудно бывает иногда у сердечных больных поставить прогноз в том или ином направлении, тем более, что мы знаем многих сердечных больных с отеками, с одышкой, которые рожали по многу раз.

Поэтому, давая разрешение на продолжение беременности, уступая настойчивым желаниям больной, мы должны ее держать под особым наблюдением, рекомендуя соответствующий режим. Если она забеременела, она должна помнить о необходимости строгого соблюдения тех предписаний, которые ей рекомендуются. Мы должны ей запретить физическую утомляемость, рекомендовать проводить ежедневно несколько часов в кровати, предписать пищу, бедную белками, солями для облегчения деятельности почек. Осложнения со стороны последних, явления токсикозов тяжело отражаются на деятельности сердца, потому что в этих случаях особенно легко поражается сердечная мышца.

Если под влиянием этого режима, или вообще в течение беременности никаких явлений сердечной слабости не наступит, можно такую беременность довести до конца, принимая некоторые предупредительные меры во время родов, которые я изложу несколько дальше.

Если же в течение беременности наблюдаются явления субкомпенсации, больную необходимо уложить в кровать, назначить ей сердечные, лучше всего наперстянку, ограничить прием воды, запретить употреблять белковую пищу.

Если под влиянием этой терапии сердечные явления не улучшаются, одышка продолжается, отеки не уменьшаются, пульс не улучшается, показано прерывание беременности и чем скорее, тем для больной лучше.

Выбирая тот или иной способ прерывания беременности, следует помнить, что он должен быть бережным, быстро действующим. В первые месяцы лучше всего сделать одномоментное инструментальное опорожнение матки так, как обычно производится искусственный аборт. Если приходится прерывать беременность во второй половине, лучше всего опорожнить матку путем кесарского сечения. Если дело идет о многорожавшей женщине с широким влагалищем, применяется влагалищное кесарское сечение; у первородящей приходится применять брюшное кесарское сечение; если беременность достигла 8—9—10 мес. и плод жизнеспособен, лучше всего производить надлобковое кесарское сечение. Эту операцию целесообразнее всего проводить либо под местной, либо под спинно-мозговой анестезией. Я рекомендую применять спинно-мозговую анестезию, потому что при местной анестезии не исключается возможность наступления шока. Можно производить эту операцию и под общим эфирным наркозом. Следует сказать, что опасения в отношении дачи наркоза сердечным больным несколько преувеличены. Мы могли установить на целом ряде сердечных больных, что наркоз не действует на них так вредно, как об этом пишут некоторые авторы.

Если беременность доведена до нормальных родов, следует придерживаться определенного образа действия, независимо от того, есть явления декомпенсации или нет; необходимо избавить больную от физического напряжения, которым сопровождается второй период родов. Поэтому длительность второго периода необходимо свести до минимума и приступить к опорожнению матки, как только наступит полное ее открытие. При опустившейся в таз неподвижной головке накладываются щипцы, при подвижной — производится поворот и извлечение. В тех случаях, когда в конце первого периода возникают явления сердечной слабости, необходимо закончить роды, не дожидаясь полного открытия; производя насечки на шейке, удается легко извлечь плод. В первом периоде родов следует назначить подкожно камфару, кофеин.

Особое внимание следует обратить на возможность падения внутрибрюшного давления в момент извлечения плода, так как при этом сосуды брюшной полости переполняются кровью, сердце ею обедневает, вследствие чего могут наступить сразу явления сердечной слабости. Чтобы предупредить

падение внутрибрюшного давления, мы, по мере поступательного движения плода, несколько сдавливаем брюшную полость при помощи бинта Вербова или сложенной вдвое по диагонали простыни (рис. 157). После родов полезно положить на живот тяжесть; для этой цели можно взять мешок, наполненный песком, или пузырь с водой, доведя его груз до 1 кг и положить его на несколько часов на живот. За больной необходимо следить и в послеродовом периоде, выдерживая ее сравнительно долго в кровати для предотвращения эмболии и тромбозов, которые иногда наблюдаются у сердечных больных.

Заболевания сердца до некоторой степени могут отразиться и на течении беременности. При декомпенсированных пороках сердца наблюдается иногда преждевременное прерывание беременности. Это может быть объяснено двояко: либо вследствие переполнения крови углекислотой плод получает неокисленную кровь, задыхается и погибает, либо вследствие застоя происходят кровоизлияния между плодным яйцом и стенкой матки; эти кровоизлияния вызывают отслойку плодного яйца, и оно изгоняется. Нередки случаи послеродовых кровотечений, появляющихся спустя несколько часов и даже дней после родов, вследствие расстройства кровообращения.

Состояние матери может отразиться косвенным образом и на плоде; больная с явлениями декомпенсации не в состоянии, конечно, кормить ребенка, тем более, что молока у нее совершенно недостаточно; поэтому необходимо в таких случаях ребенка сразу переводить на искусственное вскармливание, либо подыскать для него подходящую кормилицу. В тех же случаях, когда роды у сердечных больных прошли совершенно нормально, плод обычно развивается не хуже, чем при нормальных родах, и взгляд, высказываемый некоторыми авторами, что дети сердечных больных редко доживают до 4-го года, ни на чем не основан. Мы знаем многих детей, рожденных от матерей с сердечными заболеваниями, которые хорошо развивались и достигли зрелого возраста.

### **Заболевания сосудистой системы.**

Помимо заболеваний сердца приходится встречаться и с заболеваниями сосудистой системы у беременных. Заболевания аорты встречаются редко; описаны единичные случаи разрыва аневризмы аорты во время беременности и родов.

Чаще приходится иметь дело с расширением вен.

Как известно, во время беременности нередко появляется некоторое расширение вен на нижних конечностях и на наружных половых органах; обычно по окончании беременности указанное расширение уменьшается или вовсе исчезает. В других случаях, особенно там, где расширение вен имело место и раньше, оно с наступлением беременности значительно увеличивается. При этом наблюдаются следующие осложнения. Иногда может наступить разрыв расширенного венозного сосуда на нижних конечностях либо на наружных половых органах. Поэтому при наличии значительного расширения вен рекомендуется научить больную накладывать повязку на тот случай, если бы у нее вена разорвалась и произошло кровотечение.

Следующим осложнением, которое может наблюдаться в расширенных венах, является асептический или септический тромбозы. В других случаях они изъязвляются и дают повод для возникновения упорных, долго незаживающих язв. В этих случаях больную следует уложить в кровать, придать больной ноге приподнятое положение, положить на больную ногу компресс.

Для предотвращения перечисленных осложнений беременной предписывается определенный режим: запрещается долгое пребывание в стоячем положении, запрещается поднятие тяжестей, долгое хождение. Таким больным рекомендуется носить резиновые бинты либо резиновые чулки; бинтование начинается от ступни по направлению к бедру. При отсутствии резиновых бинтов и чулок можно пользоваться бинтом из какой-либо материи, обладающей достаточной эластичностью. Если во время родов произошел разрыв расширенного сосуда на наружных половых органах, самым целесообразным является его обкалывание; шов накладывается выше и ниже места разрыва; при этом удается очень быстро, в течение нескольких секунд, остановить кровотечение.

Больных с склонностью к тромбозам в послеродовом периоде следует дольше удерживать в кровати, так как при наличии тромбозов на периферических венах не исключена возможность образования тромбов и на глубоких венах. Инфибрирование тромба проявляется повышением температуры. При наличии тромбоза или даже при подозрении на его существование предписывается строгий покой, так как иногда даже незначительное движение может вызвать отрыв тромба и эмболию.

### **Заболевания крови.**

Заболевания крови иногда представляют тяжелые осложнения для беременных. Известно, что во время беременности кровь как красная, так главным образом и бе-

лая испытывает определенные закономерные изменения; в нормальных случаях эти изменения не выходят за физиологические пределы. В редких случаях во время беременности приходится наблюдать явления пернициозной анемии.

Негели, а за ним и другие авторы, в частности исследования нашего ассистента по Ташкенту д-ра Даниахий, показали, что указанная анемия, возникающая впервые во время беременности, является своего рода токсикозом, при котором наряду с другими паренхиматозными органами и костный мозг претерпевает такие глубокие изменения, что он не в состоянии правильно нести свою функцию.

Поставить диагноз пернициозной анемии довольно просто, если во всех подозрительных случаях прибегать к регулярному исследованию крови. Внешний вид таких больных достаточно характерен; они напоминают почечных больных, делаются отечными, жалуются на быструю и сильную утомляемость, в моче появляется небольшое количество белка.

К сожалению, в большинстве случаев такие явления смешиваются с обычными явлениями, сопровождающими беременность, и детального исследования крови у таких больных не производят. Поэтому мы настаиваем на необходимости производить тщательное исследование крови всех беременных при наличии указанных выше симптомов. При пернициозной анемии беременных количество эритроцитов уменьшается в 2—3 раза. Мы наблюдали случаи анемии, в которых количество эритроцитов равнялось  $1\frac{1}{2}$  млн. вместо 3 900 000 — 4 000 000 при нормальной беременности. Появляются нормобласты (3—4%) и мегалобласты (0,2%). Количество лейкоцитов незначительно понижается, составляя в среднем 6 600.

Количество гемоглобина падает очень низко, нередко до 20% и меньше. Цветной индекс обычно не меняется и мало чем отличается от цветного индекса, наблюдаемого при нормальной беременности. Лейкоцитарная формула обнаруживает небольшой сдвиг вправо.

Тщательные исследования в 8 случаях анемии при беременности, произведенные доктором Даниахий, обнаружили в костном мозгу явления, указывающие на резкое истощение его гемопоэтической энергии как лейкобластической, так и эритробластической.

Прогноз пернициозной анемии, развивающейся во время беременности, тяжел; 85% всех случаев кончаются смертью. Возможно, что такая большая смертность вызвана тем, что эти случаи поздно подвергаются лечению из-за несвоевременной диагностики.

Лечение заключается в прерывании беременности, в какой бы стадии ни была диагностирована пернициозная анемия. Предложение некоторых авторов ждать до конца беременности в тех случаях, когда анемия диагностирована в последние месяцы, необоснованно, надежда в этих случаях получить живой плод, обычно не оправдывается, так как плод при этом заболевании поражается не меньше чем мать, поэтому в этих случаях мы не имеем никакого права ждать с прерыванием беременности и рисковать жизнью матери. Оно показано, как только было установлено наличие указанной анемии.

Дальнейшее лечение заключается в трансфузии, причем в этих случаях лучше переливать повторно кровь небольшими порциями в 50—100 кубиков; кроме того, показано введение препаратов мышьяка, железа, печени. Смертность, однако, при этом заболевании, как указывалось, чрезвычайно велика. Чем раньше будет установлена пернициозная анемия и чем раньше будет приступлено к лечению, тем прогноз лучше.

### **Заболевания мочевой системы.**

Разобравши заболевания сердечно-сосудистой системы, сопровождающие беременность, мы перейдем к рассмотрению заболеваний мочевой системы: воспалений мочевого пузыря, почечных лоханок и почек.

**Цистит.** Воспаления мочевого пузыря во время беременности встречаются сравнительно редко, чаще наблюдается воспаление мочевого пузыря в послеродовом периоде, особенно в тех случаях, когда приходится родильницу катетеризировать. Производя катетеризацию даже с соблюдением всех правил асептики, мы не всегда имеем возможность воспрепятствовать проникновению микробов в мочевой пузырь; начальная часть уретры всегда содержит микробы в большом количестве и, вводя катетер, мы эти микробы проталкиваем в пузырь и способствуем возникновению цистита. Воспаления мочевого пузыря, возникшие после родов, обычно легко ликвидируются при нераздражающей диете, при назначении тепла на область пузыря и при приемах дезинфицирующих веществ—салол, уротропина; только в редких случаях приходится прибегать к промыванию мочевого пузыря. Цистит, развивающийся во время беременности, нередко возникает вследствие запрокидывания матки назад, при этом тело матки ущемляется иногда в заднем „дугласе“, направленная кпереди и кверху шейка сжимает мочевой пузырь, регулярное опорожнение его становится невозможным, моча застаивается, пузырь растягивается, в него проникают микробы:

наступает воспалительный процесс, иногда в этих случаях возникает довольно тяжелый гангренозный цистит. При неудаче попыток выправить матку при наличии указанных явлений необходимо прервать беременность. Обычно после этого явления цистита быстро ликвидируются.

**Пиэлит.** Более тяжелым и упорным осложнением является пиэлит—воспаление почечной лоханки.

Пиэлит при беременности вызывается в подавляющем большинстве случаев кишечной палочкой, проникающей в мочевые органы гематогенным путем из кишечника. Проникновению кишечной палочки из последнего благоприятствуют хронические запоры и задержка кала при них. Гораздо реже микробы проникают в лоханку восходящим путем из пузыря. Другие микробы—стрептококки, стафилококки и гонококки—играют гораздо меньшую роль в возникновении воспаления лоханок. Проникновению и размножению микробов в мочевых путях беременной женщины способствует некоторая вялость мочеточников, расширение их и застой мочи в верхней части, перегибы, которые нередко сопровождают беременность второй половины. Так как эти явления чаще наблюдаются с правой стороны, то пиэлиты в большем проценте случаев развиваются в правой лоханке, чему до некоторой степени способствует и некоторое опускание правой почки.

Пиэлиты, как правило, развиваются во второй половине беременности и, в большинстве своем, затруднений для диагностики не представляют. Такие большие жалуются на боль в области поясницы с той стороны, где локализуется воспалительный процесс. Боли непостоянны; усиление их обычно совпадает с задержкой мочи в лоханке. Так как при этом заболевании имеется набухание лоханки, а нередко и почки, диафрагма несколько оттесняется кверху, что в свою очередь вызывает некоторую задержку в дыхательных экскурсиях нижней половины правого легкого. В некоторых случаях можно обнаружить явления местного раздражения брюшины.

При объективном исследовании сравнительно легко удается определить нижний полюс почки, который в таких случаях представляется болезненным. Поколачивание со стороны поясницы в области раздраженной почки вызывает у больной чувство резкой боли (симптом Пастернацкого). Французские авторы указывают, что при пиэлитах можно констатировать болезненность по ходу всего мочеточника. Если производить давление в точке, в которой скрещивается наружный край прямой мышцы живота и горизонтальная линия, проходящая через пупок, то при наличии пиэлита больная испытывает довольно заметную боль. Такое же ощущение

получается при давлении на точку, расположенную на границе между наружной и средней третью горизонтальной линии, проходящей через верхние передние ости подвздошных костей.

Температура в большинстве случаев у беременных, страдающих пиелитом, оказывается повышенной, причем обычно первому повышению температуры предшествует более или менее сильный озноб. Характер температуры не представляет определенной закономерности. Во многих случаях имеются довольно резкие колебания, причем нередко после нескольких дней повышения температура падает на некоторый отрезок времени с тем, чтобы затем при повторившейся задержке мочи снова подняться. Эти чередующиеся подъемы и падения температуры сопровождают многие случаи пиелита. При пиелите обычно наблюдаются лейкоцитоз и нейтрофилия.



Рис. 207. Микроскопическое исследование мочи при пиелите: Э — выщелоченные эритроциты; Л — лейкоциты; ЛЭ — „хвостатые“ клетки лоханочного эпителия.

Если на основании указанных признаков можно поставить предположительный диагноз о наличии пиелита, то он подтверждается исследованием мочи. В первые дни заболевания количество мочи может быть уменьшенным, но обычно на 2—3-й день появляется довольно обильное мочеотделение, моча представляется мутной, образующей при долгом стоянии довольно обильный осадок. При микроскопическом исследовании обнаруживается большое количество лейкоцитов, иногда гиалиновые цилиндры; в некоторых случаях — выщелоченные эритроциты и, как правило, более или менее значительное количество клеток хвостатого, лоханочного эпителия (рис. 207). Во всех без исключения случаях моча кишмя кишит микробами, главным образом, кишечной палочкой, которая, как я указывал, и вызывает большинство пиелитов у беременных.

При цистоскопии можно констатировать, что из одного мочеточника вместе с мочой выделяется и гной. Катетеризация мочеточников поможет собрать мочу из каждой почки в отдельности и подвергнуть ее специальному исследованию.

Таким образом, симптомы пиелита беременных довольно характерны, и последний, в подавляющем большинстве случаев, для своего определения затруднений не представляет,



особенно, если во всех случаях болей в пояснице и высокой температуры во второй половине беременности подумать о пиэлите.

Что касается течения пиэлита, то необходимо отметить некоторую волнистость в этом отношении. Периоды ухудшения сменяются периодами улучшения и т. д.; в очень редких случаях можно наблюдать дальнейшее ухудшение процесса, который переходит и на почку и в исключительных случаях может привести к смертельному исходу. Большинство же случаев пиэлита сравнительно легко поддаются лечению.

В тех случаях, где воспаление лоханки длится очень долго и когда больная лихорадит в течение продолжительного времени, возможна гибель яйца и его изгнание. Такой исход наблюдается, приблизительно, в 15 — 20% всех случаев пиэлита.

Лечение направлено, во-первых, на облегчение функции лоханки и, во-вторых, на введение антисептических веществ.

Для достижения первой цели больную укладывают в кровать, на бок, противоположный больной стороне. Назначаются обильные высокие клизмы для того, чтобы ликвидировать стаз в кишечнике; назначается обильное питье. Очень полезно в этих случаях давать молоко со щелочами, если реакция мочи оказывается кислой; диета растительно-молочная; на область почек назначается тепло в виде грелок или согревающих компрессов. Из антисептических веществ прекрасный эффект при пиэлитах оказывает уротропин, который вводится per os либо, лучше и вернее, в вену. С этой целью пользуются 40-проц. раствором, который вводится интравенно в количестве 5 или 10 см<sup>3</sup>. Это можно делать каждый день или через день в зависимости от тяжести процесса. Одновременно можно назначить мочегонные настои медвежьего винограда и т. п. В подавляющем большинстве случаев под влиянием такого лечения пиэлит проходит. Правда, не исключается возможность, что через некоторое время после прекращения лечения происходит возврат процесса. Если это произойдет, назначают снова то же лечение и, обычно, добиваются успеха. Если же указанное лечение облегчения не приносит, приходится прибегать к промыванию мочеточников.

Промывание мочеточников производится при помощи специального цистоскопа, который дает возможность ввести в мочеточники катетер. Конечно, при одностороннем поражении лоханки катетеризируют только один мочеточник больной стороны. Введя катетер в мочеточник, через него производится промывание лоханки раствором ляписа или другого препарата серебра, который вводится в количестве 2 или 3 кубиков и свободно стекает обратно через катетер.

В подавляющем большинстве даже тяжелых случаев промывание лоханок оказывает разительный эффект. Уже на следующий день можно констатировать спадение температуры, уменьшение болей, увеличение мочеотделения и исчезновение значительного количества лейкоцитов.

В тех редких случаях, когда промывание лоханки не приносит вовсе облегчения или приносит лишь временное облегчение, показана длительная катетеризация мочеточников. В этих случаях введенный катетер оставляется на сутки для того, чтобы обеспечить хорошее опорожнение лоханки. В очень упорных случаях наблюдали хороший эффект при вакцинации беременной. Можно применять либо поливалентную вакцину, либо лучше всего аутовакцину, т. е. вакцину, приготовленную из микробов, выделенных у данной больной.

С того времени, как стали применять указанную терапию, случаи прерывания беременности из-за пиелита стали чрезвычайно редки, ибо в подавляющем большинстве, как я указывал, пиелит ликвидируется, а беременность продолжается. В некоторых случаях можно наблюдать, что процесс, ликвидировавшись с одной стороны, через некоторое время вспыхивает с новой силой на другой стороне. В этих случаях образ действий ничем не отличается от того, который мы изложили. В упорных случаях при прогрессирующем ухудшении процесса, несмотря на правильно проведенное лечение, приходится прерывать беременность.

**Нефриты.** Наступление беременности у женщины, страдающей хроническим воспалением почек, может быть для нее чреватым тяжелыми последствиями. Так как очень многие случаи беременности сопровождаются нефропатией, то нередко бывает очень затруднительно поставить дифференциальный диагноз между старым воспалением почек и свежеразвившейся нефропатией, хотя последняя ничего общего с воспалительным процессом не имеет.

Отличительным признаком хронического нефрита является обнаружение патологических элементов мочи в первые месяцы беременности. Нефропатия же появляется, обычно, со второй половины беременности. При хроническом нефрите уже в первые месяцы беременности можно констатировать большое, все возрастающее количество белка, можно обнаружить гиалиновые цилиндры; удельный вес мочи часто бывает ниже нормы; для хронического нефрита характерно наличие акцента на аорте, расширение сердца и повышенное кровяное давление. Количество азота в крови, в противоположность нефропатии, заметно повышено. В анамнезе имеются указания на длительное заболевание почек. В подавляющем большинстве случаев нефрит с наступлением беремен-

ности ухудшается и нередко может вести к тяжелым последствиям: к уремии, уремической коме, при которой в крови констатируют значительное возрастание азотистых элементов и мочевины; в некоторых тяжелых случаях наблюдаются *retinitis albuminurica* и отслойка сетчатки. Поэтому во всех тех случаях, где констатируется хронический нефрит, показано прерывание беременности; последнее тем более уместно, что при хроническом нефрите прогноз для ребенка очень плох, ибо наблюдается значительный процент (50 — 80) преждевременного прерывания беременности и мертворождений. Преждевременное прерывание беременности возникает вследствие образования в плаценте белых инфарктов на большом протяжении, которые значительно уменьшают площадь плацентарного кровоснабжения и ведут к гибели плода. Затем, при нефритах нередко наступает преждевременная отслойка плаценты, одинаково опасная как для матери, так и для плода. Указанные моменты дают основание рекомендовать прерывание беременности при наличии хронического нефрита.

Что касается острого нефрита, то иногда под влиянием соответствующего лечения явления нефрита стихают; но в большинстве случаев, к сожалению, этого не происходит, нефрит прогрессирует дальше, и прерывание беременности и в этих случаях также становится показанным.

### Туберкулез легких.

Взгляды на течение туберкулеза легких при беременности еще и на сегодняшний день являются разноречивыми. Разногласия вызываются в большинстве случаев тем, что сравнивается неоднородный материал. Если же течение туберкулезного процесса при беременности изучается в зависимости от характера и стадии этого процесса, то получается довольно ясная и определенная картина. Те женщины, которые в прошлом перенесли туберкулез, и со времени последнего обострения прошел значительный отрезок времени, так что можно уже говорить о фиброзном процессе, обычно, беременность переносят прекрасно, несколько не хуже тех женщин, которые никогда не болели туберкулезом.

Что касается так называемых субкомпенсированных случаев, т. е. при наличии повышенной температуры, ускоренной реакции оседания, наличия коховских палочек, наличия продуктивного процесса, то тут течение заболевания находится в зависимости от целого ряда условий. Крепкие субъекты, находящиеся в хороших социально-бытовых условиях, беременность переносят не плохо. У истощенных же субъектов, много беременевших, находящихся в плохих со-

циально-бытовых условиях, процесс под влиянием беременности заметно ухудшается.

Если представляется возможность беременную женщину с субкомпенсированным туберкулезом поместить в санаторий и поддержать ее известное время в условиях санаторного режима, то в подавляющем большинстве случаев удастся беременность довести до конца, без всякого вреда для матери и плода.

Что касается форм декомпенсированных, с кавернами, то в этих случаях все сходится на том, что беременность является пагубной для женщины. Особенно опасной является не столько беременность, сколько роды и послеродовый период, ибо большинство туберкулезных женщин гибнут не во время беременности, а в ближайшие недели или месяцы после родов.

Самой неблагоприятной формой туберкулеза является туберкулез гортани. Если женщина, больная туберкулезом гортани, имела несчастье забеременеть, и если эта беременность не была в свое время прервана, то можно думать о почти неминуемом роковом исходе, ибо смертность в таких случаях составляет больше 80%.

Изложенное показывает, что нельзя говорить о влиянии беременности на течение туберкулеза вообще; необходимо исходить из целого ряда перечисленных выше конкретных обстоятельств.

Взгляды акушеров и терапевтов на прерывание беременности при туберкулезе можно разбить на 3 группы. Одни советуют поступать следующим образом: при компенсированных формах туберкулеза, при старых фиброзных процессах — беременность не прерывать; при субкомпенсированных и при декомпенсированных формах — беременность всегда прерывать и чем раньше, тем лучше, ибо если беременность достигла при декомпенсированной форме последних месяцев, то, обычно, по их мнению, прерывание беременности ни к чему не приводит.

Вторая группа, на основании довольно большого материала, держится обратного мнения и говорит, что беременность вообще не ухудшает туберкулезного процесса и что поэтому туберкулез легких не является показанием для прерывания беременности.

И, наконец, третьи высказывают наиболее приемлемую и разумную точку зрения: они советуют каждый случай индивидуализировать в зависимости от тех моментов, на которые я указывал.

Мы рекомендуем поступать следующим образом:

При компенсированной форме туберкулеза, при старых зарубцевавшихся процессах, безусловно, можно посоветовать продолжать беременность. При формах декомпенсированных вопрос решается в зависимости от целого ряда условий. Если имеют дело с истощенной женщиной и если нет возможности направить ее для санаторного лечения, конечно, нужно советовать беременность прервать.

Если речь идет о женщине с субкомпенсированной формой туберкулеза, находящейся в хороших условиях, то стараются эту женщину в течение некоторого времени наблюдать, поместив ее в соответствующее учреждение либо санаторий, либо в стационарное туберкулезное учреждение. Если под влиянием назначенного ей режима процесс улучшается, беременность можно сохранить. Если же, несмотря на принятые меры, улучшения процесса не наблюдается, коховские палочки выделяются, температура не снижается, беременность должна быть прервана, причем, как я уже указывал, прервана как можно раньше.

Что касается декомпенсированных форм туберкулеза, с наличием каверн, с резкими температурными колебаниями, то тут, безусловно, во всех случаях показано прерывание беременности.

Я лично не могу согласиться с теми авторами, которые советуют прерывать в этих случаях беременность только вначале, ибо, по их мнению, беременность, прерванная в последние месяцы, не спасает больную от гибели. Такой взгляд может быть применим по отношению к большинству больных — это верно; но все-таки мы имеем значительный процент больных, которым прерывание беременности даже в последние месяцы может спасти жизнь, и мы не имеем никакого права из-за теоретических соображений рисковать жизнью человека.

Поэтому во всех случаях декомпенсированной формы я бы советовал прерывать беременность, как только больная поступила под наблюдение, независимо от срока беременности.

Точно так же, как вопрос о влиянии беременности на течение туберкулеза у матери является спорным, нет единогласия во взглядах на судьбу детей, рожденных от туберкулезных матерей.

Если обратиться к статистикам, то можно констатировать значительные расхождения в приведенных цифрах: в то время, как одни указывают, что около 41—45% детей, рожденных туберкулезными матерями, гибнет, иные статистики — иностранные и русские, в частности статистика проф. Близнянской говорит о том, что гибнет всего 7,5—8%

детей. Такое расхождение статистических данных объясняется, возможно, разными способами ухода за новорожденными от туберкулезных матерей.

Если новорожденный после рождения не помещается в специальные условия, не изолируется от матери, то, конечно, смертность будет велика. Если же после рождения плода будут приняты соответствующие меры предохранения, смертность будет небольшой.

В чем заключается опасность для плода при туберкулезе матери?

Во первых, доказано, что плацента не является барьером для туберкулезной палочки и что палочки, проникая через плаценту, могут попасть и в организм плода. Таким образом, может иметь место внутриутробное заражение плода, это доказано тем, что у новорожденных неоднократно находили коховские палочки в забрюшинных железах.

Вторая опасность — попадание коховских палочек в молоко матери, что доказано специальными бактериологическими исследованиями молока. Правда, некоторые авторы высказывают тот взгляд, что в молоке коховские палочки несколько уменьшают свою вирулентность, но это предположение, на сегодняшний день, еще недостаточно доказано.

Наконец, может иметь место воздушная капельная инфекция, поступающая к плоду от матери или от других туберкулезных членов семьи, выделяющих палочки; повидимому, этот вид инфекции играет выдающуюся роль в заболевании детей туберкулезом.

Из только что сказанного можно вывести заключение о том, что вопрос о кормлении ребенка туберкулезной матерью должен быть основательно проанализирован.

Лучше всего, конечно, избавить туберкулезную мать от кормления своего ребенка. Лучше всего потому, что это избавляет ребенка и от попадания микробов через молоко и от капельной инфекции. Кроме того, кормление ребенка не является безразличным и для туберкулезной матери, ибо в некоторых случаях оно все-таки приводит к некоторому истощению организма. В тех случаях, когда нет возможности изолировать ребенка и перевести его не на материнское вскармливание, следует научить мать применять предохранительные меры для того, чтобы исключить возможность переноса капельной инфекции на плод; еще во время своего пребывания в стационаре мать во время кормления, при взятии ребенка на руки, должна одевать на нос и на рот маску, которая бы защищала ребенка от капельной инфекции.

В последнее время, как известно, широко применяется иммунизация, которая заключается в том, что в дыхательные

пути ребенка вводятся путем распыления ослабленные культуры туберкулезной палочки (B.C.G. Bacille Calmett Guerin). Благодаря такому введению вызывается у ребенка иммунитет к туберкулезу с первых же дней его жизни. Хотя среди некоторых специалистов раздаются возгласы против „бежежирования“ детей, однако, и во Франции, и у нас очень большой материал говорит, безусловно, в пользу этого метода.

В заключение нужно сказать несколько слов о специальном лечении туберкулезных беременных. Как известно, среди современных методов лечения пневмоторакс приобрел значительное распространение. Некоторые терапевты высказывались против применения пневмоторакса у беременных женщин, утверждая, что это грозит им известной опасностью.

Как показали исследования русских авторов и, главным образом, статистика проф. Близнянской, этот взгляд ни на чем не основан. Проф. Близнянская приводит сравнительно большой материал, из которого со всей очевидностью явствует, что наложение пневмоторакса у беременных туберкулезных протекает не хуже, чем у небеременных туберкулезных, и поэтому она рекомендует широко применять его там, где это показано.

### Сифилис и беременность.

Уже давно установлен тот факт, что у сифилитических матерей рождаются больные дети. В прежнее время не совсем был выяснен вопрос о том, каким образом бледная спирохета попадает в организм плода. Одни предполагали, что спирохета передается через семя отца, другие же высказывали возможность перехода спирохет от матери и, наконец, в последнее время с несомненностью установлено, что ребенок заболевает сифилисом после зачатия благодаря тому, что спирохеты наводняют плаценту, а оттуда попадают и в кровь плода.

Когда этот вопрос был еще недостаточно освещен, высказывались предположения, несколько странные с нашей современной точки зрения. Одни настаивали на том, что при рождении сифилитического ребенка, зараженного от спермы отца, мать остается иммунной к сифилису (так называемый закон Пророета). В других случаях допускали обратную возможность, что в случае заражения матери сифилисом при зачатии, плод остается иммунным (так называемый закон Коллеса).

И тот и другой закон не верен. Если плод родился сифилитическим, имеются все основания предполагать наличие этого заболевания и у матери, и, наоборот, если мать боль-

на сифилисом, то плод в подавляющем большинстве случаев также заболевает сифилисом. Плод тем чаще заболевает сифилисом, чем свежее заболевание матери. Если мать болела сифилисом много лет (8—10) тому назад и от него излечилась, возможно рождение нормального плода. Если же мать заболела незадолго до беременности или заразилась во время беременности, в подавляющем большинстве случаев, сифилисом заражается и плод.

Исключение составляет заражение в последние 6—10 недель беременности. Если мать заболела незадолго до родов, то во многих случаях бледная спирохета не успевает распространиться на плод, и он может родиться вполне жизнеспособным.

Спирохета, попадая в организм плода, вызывает там целый ряд изменений, ведущих к гибели плода. Иногда погибший плод может некоторое время в матке задержаться, он там мацеруется и через некоторое время изгоняется.

Сифилитический плод представляет ряд характерных особенностей. На подошвах и на ладонях у него образуются пузыри, так называемый *remphigus syphyliticus*; живот вздут, увеличен благодаря асцитам. Печень, легкие также увеличены во много раз. Внутренние органы — печень и особенно надпочечники — в буквальном смысле слова кишат бледными спирохетами. Очень характерным является наличие остеохондрита. Обычно граница между эпифизом и диафизом бедренной кости в нормальных случаях представляет собой тонкую, прямую, белую линию. При сифилисе же граница между эпифизом и диафизом принимает желтоватый цвет и представляет собою толстую, волнистую линию; причем на вскрытии эпифиз у сифилитиков очень легко отделяется от диафиза. Характерной также представляется и плацента. Уже по внешнему виду нередко можно высказать предположение о наличии сифилиса. Плацента в этих случаях представляется толстой, вес ее значительно больше нормы, цвет плаценты желтовато-серый, вместо красного цвета нормальной плаценты. При микроскопическом исследовании находят значительное утолщение сосудов ворсин и местами их облитерацию.

Диагноз сифилиса матери при современных условиях не представляет никаких затруднений. В свежих случаях имеются характерные изменения, в других реакция Вассермана поможет решить вопрос. Но, производя реакцию Вассермана, следует помнить о том, что в небольшом проценте случаев в конце беременности положительная реакция обнаруживается даже при отсутствии сифилиса. Поэтому при положительном исходе реакции, производимой впервые в кон-



це беременности, желательно эту реакцию повторить. Консультации для женщин должны производить реакцию Вассермана поголовно всем первобеременным и тем повторнобеременным, которые обратились в консультацию впервые, или у которых есть подозрение на заболевание сифилисом после предыдущей беременности.

При обнаружении у беременной сифилиса, показано немедленное ее лечение, даже в тех случаях, где больная проделала соответствующий курс до беременности. Страх, высказываемый некоторыми авторами против введения сальварсана, не оправдался на большом числе наблюдений. Лечение сальварсаном, сулемой и бисмутом при известной осторожности беременные переносят не хуже, чем небеременные женщины. Дети же сифилитичек, проделавших правильный курс лечения, рождаются во многих случаях вполне нормальными и продолжают в дальнейшем нормально развиваться.

Таким образом, благодаря современным методам диагностики и лечения сифилиса, нам во многих случаях удастся довести беременность до конца и получить живое, нормально развивающееся потомство.

Этим мы заканчиваем рассмотрение тех общих заболеваний, сопровождающих беременность, с которыми чаще всего приходится сталкиваться. }

## ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННОСТИ.

Под названием „токсикозы беременности“ или „гестозы“ объединяют большую группу расстройств, проявляющихся во время беременности. Эти расстройства не являются следствием наводнения организма какими-либо токсинами, как это можно было бы предположить на основании приведенного определения. Мы тут имеем дело с патологическими, количественно резко выраженными проявлениями, которые, оставаясь в известных пределах, сопровождают и нормальное течение беременности.

Указанные патологические проявления могут явиться следствием нарушения при беременности функции любого органа.

В зависимости от того, какой орган поражается, в зависимости от времени проявления тех или иных симптомов, мы можем различать следующие токсикозы. В первой половине беременности мы встречаемся с неукротимой рвотой, со слюнотечением, головокружениями. В более поздние сроки наблюдаются нефропатия, отек беременных, эклампсия, острая желтая атрофия. Неврозы и дерматозы могут наблюдаться как в первой, так и во второй половине беременности.

### Эклампсия.

Изложение токсикозов мы начинаем с эклампсии — как процесса наиболее яркого и наиболее выраженного.

Явления эклампсии с характерными для нее припадками не могли ускользнуть от внимания праотцов медицины. Приводимая ниже выдержка из папируса „Kahun“ с несомненностью свидетельствует о знакомстве древних египтян с экламптическими припадками. В этом папирусе сказано: „Для того, чтобы предохранить женщину от укусов языка, надо в день родов положить ей между челюстями небольшой кусок дерева; это — лечебный способ, предохраняющий от укуса языка; он оказался действительным миллионы раз“.

Название „эклампсия“ происходит от греческого слова — засверкать, блеснуть; оно было принято Sauvage'ем и позаимствовано у него Gehler'ом. Этим термином

старые акушеры стремились подчеркнуть внезапность, неожиданность заболевания, поражающего больную, как молния. Но однако, с развитием науки, обнаружилось, что это заболевание поражает беременную далеко не внезапно; появлению экламптических судорог, как известно, предшествует ряд расстройств, не таких эффектных, как сами судороги, но достаточно характерных и патогномичных. Эти расстройства, на которые обратил внимание еще Scanzoni, Bar объединил под общим названием „эклампсизм“. Указанные термины, по сути, не характеризуют собой это заболевание, отмечая лишь его кажущуюся внезапность. Но и другие определения не дают ни этиологической, ни симптоматической характеристики его, указывая лишь на то или иное его проявление. Правильное его обозначение, неразрывно связанное с генезом этого тяжелейшего осложнения беременности, в настоящее время не может быть еще дано. Термины „эклампсия“ и „эклампсизм“ приняты подавляющим большинством современных акушеров.

Эклампсия, по меткому выражению Bar'a, считается „болезнью гипотез“, но одновременно с этим она является и приложением самых разнообразных лечебных методов.

Наличие поражений многих органов при эклампсии было установлено не сразу. Анатомические изменения и функциональная недостаточность отдельных органов были констатированы постепенно, параллельно с развитием наших знаний. Вновь обнаруженные изменения того или иного органа трактовались как этиологический момент эклампсии и признавались таковым до тех пор, пока дальнейшее развитие нашей науки не выявило поражения другого органа; тогда на смену предыдущей теории приходила новая. Этим и можно объяснить обилие теорий, пытающихся найти причину возникновения эклампсии. Наконец, когда выявилась функциональная недостаточность ряда органов, возникло стремление считать эти многообразные поражения следствием интоксикации.

Первые исследователи генеза эклампсии все свое внимание обратили на выяснение причин судорог. Так, Jасquetier, например, считал экламптические припадки невротического характера. Впервые научное обоснование возникновения экламптических припадков было дано со времени открытия белка в моче у беременных. Отеки при эклампсии были еще описаны в 1796 г. Эти обстоятельства, наравне с большим сходством экламптических судорог с уремическими, дали повод Simson'y, Frerich'y рассматривать эклампсию как следствие „брайтовой болезни“ беременных. Вскоре, однако, теория Frerich'a была поколеблена следующими фактами. Наступление уремии Frerich объяснял тем, что при хроническом нефрите задерживается

выделение мочевины и что она скопляется в крови. Однако вскоре обнаружилась ошибочность такой трактовки эклампсии. С одной стороны, исследования показали, что количество мочевины в крови экламптиков не превышает обычных цифр; с другой стороны мочевина, введенная в кровь животным, не вызывала клонических судорог.

Отсутствие в крови экламптиков повышенного количества мочевины пытались объяснить тем, что она у них распадается на углекислый аммоний, который в опытах на животных вызывает конвульсии. Это дало повод Spiegelberg'у, исследовавшему кровь экламптиков, считать эклампсию аммониемией.

Почечная теория эклампсии, потерпев крушение, все же сыграла определенную положительную роль, обратив внимание клиницистов на состояние почек при эклампсии. До сегодняшнего дня сохранили почти все свое значение 3-й и 4-й тезисы, выставленные Fehling'ом на гинекологическом конгрессе в Гиссене: „Не существует поражения почек, которое было бы патогномично для эклампсии“, и что „Альбуминурия при эклампсии отсутствует лишь в исключительных случаях“. Состояние почек и на сегодняшний день является чувствительным индикатором возможного появления эклампсии и играет выдающуюся роль в ее профилактике.

Наблюдающиеся при эклампсии поражения почек и отечность большинства экламптиков послужили поводом к возникновению представления о „мозговом“ происхождении экламптических припадков. Для объяснения возникновения последних Rosenstein воспользовался теорией Traube, считавшего, что припадки уремии наступают вследствие анемии мозга. Последняя, по его представлению, возникает из-за отека мозга, являющегося следствием обогащения водой крови беременных, усиливающегося при поражении почек.

Изменения, наблюдающиеся в мозгу при эклампсии, дали даже повод некоторым авторам говорить о „мозге беременной“. Из современных акушеров Zangemeister держался того мнения, что эклампсия и эклампсизм развиваются вследствие повышения внутричерепного давления, вызванного отеком мозга.

Еще Scanzoni упоминал об изменениях печени, наблюдающихся при эклампсии, а Virchow прямо указывал, что изменения печени при эклампсии наблюдаются не менее часто, чем изменения почек. Из патолого-анатомов этим вопросом впервые детально занялся Pilliet Lubarsch, Schmorl, Константинович, Ceelen и ряд других авторов с исчерпывающей полнотой описали наблюдающиеся при эклампсии изменения в печени.

С развитием функциональной диагностики расстройств

печени было установлено, что во многих случаях беременности функция печени нарушена и что сравнительно часто появляются колики в печени. Указанные явления, установленная Bouchardom, Gilbert'ом и др. роль печени при интоксикациях и обнаруженные патолого-анатомические изменения в печени при эклампсии дали повод к возникновению „печеночной“ теории эклампсии.

Наличие повышенного кровяного давления при эклампсии дало повод считать его причиной последней. По мнению сторонников этого предположения, спазм сосудов, сопровождающийся гипертонией, ведет к анемии мозга и к судорогам.

Ряд новейших авторов склонен объяснить изменения в органах спазмом капилляров, как например, Fahr — изменения в почках. Наблюдающийся спазм сосудов сетчатки дает возможность ряду авторов допускать аналогичный спазм сосудов мозга с последующей анемией его и отеком.

Успехи бактериологии не прошли мимо и эклампсии, (Doleris, Pouey). Были безуспешные, правда, попытки найти возбудителя эклампсии. Blanc выделил из мочи экламптического бациллу, которой он приписывал определенное этиологическое значение. В настоящее время инфекционное происхождение эклампсии отвергается всеми авторами.

Упомянем еще о „грудной“ этиологии эклампсии. Некоторое отдаленное сходство между припадками эклампсии и явлениями, сопровождающими лихорадочное заболевание молочных коров, дало совершенно неосновательный повод некоторым авторам считать функцию грудных желез причиной эклампсии.

Установленные патолого-анатомами поражения целого ряда органов при эклампсии, функциональная недостаточность их, обнаруженная при усовершенствовании клинических методов исследования, сходство этих изменений с поражениями, наблюдающимися при отравлениях, укоренили у многих авторов высказанную еще раньше мысль о наличии в организме беременных каких-то токсических веществ, вызывающих указанные поражения. Колоссальное количество весьма остроумных исследований и экспериментов было поставлено в погоне за проблематичными токсинами.

Еще Farnier предвидел возможность интоксикационного происхождения эклампсии; эта мысль была в дальнейшем развита Bouchard'ом и его школой.

Некоторые авторы считают источником интоксикации кишечник. Яд из последнего, по их мнению, поступает в печень и, не будучи ею нейтрализован, оказывает свое влияние на весь организм. Основанием для этой теории послужила бесспорная связь между употребляемой пищей

и наступлением эклямпсии. И действительно, нередко случаи развития эклямптических припадков после обильного приема пищи, богатой белками. Молочная же диета, как известно, в значительном числе случаев предотвращает наступление эклямпсии.

В 1930 г. Theobald поддерживал взгляд о кишечном происхождении эклямпсии, приписывая большое значение кишечному стазу, вызываемому, по его мнению, объемистой маткой и фиксированной в тазу головкой. Le Doux ставит в связь с эклямпсизмом богатую белками пищу, вызывающую запоры и процессы гниения в кишечнике. Но вслед за таким упрощенным взглядом на происхождение интоксикации появился целый ряд предположений о сложном происхождении и характере вызывающих эклямпсию токсических веществ.

О значении ферментов, как этиологического фактора эклямпсии, высказались Dienst и Hofbauer. Dienst доказал наличие повышенного количества фибрин-фермента и фибриногена в крови эклямптичек; повышенное количество фибрин-фермента он обнаружил в моче и в околоплодных водах. Также Krösing в своих исследованиях доказал наличие повышенного количества фибриногена у эклямптичек. Указанные исследования дали повод считать фибрин-фермент специфическим эклямптическим ядом.

Hofbauer причину эклямпсии видит в имеющихся в плаценте ферментах. В дальнейшем он большое значение приписывал гистамину, источником которого он считает погибающие синцитиальные элементы; не исключается, по его мнению, возможность поступления гистамина из кишечника, вследствие ненормально увеличивающейся проходимости последнего при эклямпсии. Инъекции гистамина животным, получающим мясной корм, вызывают в их органах изменения, аналогичные находимым при эклямпсии: периферические, анемические и геморрагические некрозы печени, дегенерация эпителия извитых канальцев почек.

Прямым следствием интоксикационной теории явились попытки доказать токсичность крови эклямптичек. Tarnier, Chamberlent, Var показали, что сыворотка эклямптичек, введенная кроликам, оказалась более токсичной, чем сыворотка нормальных беременных. Nüssy, смешивая семена кресса с кровью эклямптичек или с их сывороткой, констатировал значительную задержку роста обработанных таким образом семян; семена же, смешанные с кровью нормальных беременных или беременных, страдающих неукротимой рвотой, никаких отклонений в своем прорастании не обнаружили. Однако эти исследования не подтверждаются наблюдениями других авторов.

Не оказывает плазма экламптичек задерживающего роста и на тканевые культуры человеческих органов (Caffier). Таким образом, мы не имеем данных, которые бы свидетельствовали о токсичности крови экламптичек.

Многие исследователи, большинство которых относится к последнему времени, особое внимание уделяют изменению обмена веществ, констатируемому при эклампсии. Еще Zangemeiter в 1902 г. своими исследованиями обратил внимание на уменьшающуюся щелочность крови экламптичек, образующуюся, по его мнению, вследствие задержки кислот. Zweifel, на основании своих исследований, считает, что тут речь идет не о задержке минеральных кислот, а о недостаточности окисления белков, ведущей к сильному повышению концентрации аммиачных солей в крови. Его исследования обнаружили повышение содержания мясомолочной кислоты (ac. paralacticum), присутствию которой в организме экламптичек Zweifel придает большое значение. Лурье, Кравец, Рейнеке в своих всесторонних исследованиях беременных обнаружили, что нарастание кислотности при токсикозах идет параллельно тяжести случая; наибольшее снижение запасной щелочности и альвеолярной углекислоты они обнаружили в случаях, закончившихся эклампсией.

Jaschke указывает, что количество хлоридов в крови нефропатичек и экламптичек повышено, в среднем, на 10—15%, а количество натрия уменьшено на 20—25%; это ведет, по его мнению, к относительному ацидозу, вызываемому алкалпенией. Мы в наших исследованиях также обнаружили повышение хлоридов в крови беременных во вторую половину беременности; это повышение еще резче сказывается при токсикозах. Rossenbeck нашел при эклампсии количество хлоридов в крови увеличенным на 10%, а количество натрия уменьшенным на 14% против нормы; в мышцах же и в других органах имеются обратные явления: количество натрия увеличено, а хлоридов — уменьшено.

Как известно, ионы кальция действуют угнетающим образом на мышечную деятельность; на этом основании Loeb утверждает, что наши мышцы не находятся в постоянных ритмических сокращениях лишь благодаря нормальному содержанию кальция в крови. Это дало повод ряду исследователей искать зависимость между экламптическими припадками и концентрацией ионов кальция в крови. Лурье, Lamers и Воск нашли при эклампсии несколько пониженным количество кальция в кровяной сыворотке. В противоположность им Linzerner и Salvesen нашли у экламптичек почти нормальное содержание кальция. Consoli нашел

количество кальция во время припадков даже повышенным. Это повышение он объясняет результатом припадков. Повышение кальция, а также и калия во время припадков подтверждает и Krane, который считает, что до припадков содержание калия и кальция ниже нормы. Larsen полагает, что при беременности наступает обеднение печени кальцием. Это обстоятельство, по его мнению, ведет к поражению печеночных клеток, сопровождающемуся уменьшением гликогена; это, в свою очередь, вызывает появление токсических белковых веществ. В зависимости от степени указанных нарушений наступает, по его мнению, либо неукротимая рвота, либо эклампсия. Rossenbeck указывает, что при эклампсии в мышцах обнаруживается значительный сдвиг  $K:Ca$  коэффициента в пользу кальция: этим, повидимому, и объясняется установленная Seitz'ом и его школой пониженная невро-мышечная возбудимость у экламптичек (об этом подробнее говорится в главе о клинике эклампсии).

Обмен веществ в значительной степени подчинен функции нашей эндокринной системы. Участию последней в возникновении эклампсии за последнее время уделяется исключительное внимание. Среди работ о патогенезе токсикозов за последние годы на первом месте стоят работы, посвященные роли задней доли гипофиза в происхождении эклампсии. Hofbauer еще в 1918 г. высказал мнение, что в патогенезе эклампсии значительную роль играет гиперфункция надпочечника и гиперфункция задней доли гипофиза; этот взгляд он поддерживает и в 1933 г., говоря, что клиническая картина эклампсии обусловлена гиперфункцией задней доли гипофиза.

Также Н. Küstner указывает, на основании своих исследований, что в сыворотке экламптичек гормон задней доли гипофиза содержится в большом количестве. Он считает, что во многих случаях наступление эклампсии связано с нарушением функционального равновесия желез внутренней секреции, главным образом, задней доли гипофиза и щитовидной железы.

Особенное значение приобретают работы Antselmino и Hoffmann'a. Им удалось выделить из крови нефропатичек и экламптичек антидиуретическое вещество, совершенно идентичное антидиуретическому компоненту гормона задней доли гипофиза. Удалось им также выделить из крови экламптичек с высоким давлением вещество, повышающее кровяное давление, сходное по своим физическим и химическим свойствам с сосудосуживающим компонентом гормона задней доли гипофиза; наличием этих веществ они и объясняют большинство экламптических симптомов. Тяжесть клиниче-



ских симптомов, по их представлению, идет параллельно с нарастанием количества этих веществ в крови. Подтверждение своему взгляду они видят в исследованиях Cushing'a, который обнаружил в задней доле гипофиза выраженную инвазию базофильных клеток; эти изменения, по мнению Cushing'a, являются свидетельством повышенной функции элементов, выделяющих гормон задней доли гипофиза.

Поскольку явления эклампсии неразрывно связаны с беременностью, вполне естественной является мысль искать причину ее в плодном яйце. Van der Häven впервые высказал мысль о фетальном происхождении эклампсии, исходя из тех соображений, что это заболевание чаще встречается при двойнях и нередко прекращается после гибели плода.

Исследования Schmorl'я о наличии в легких матери плацентарных, главным образом, синцитиальных элементов плода дали повод возникновению „плацентарной теории“ эклампсии (Veit). Weichardt для объяснения этиологии эклампсии стремился использовать теорию боковых цепей Эрлиха, выставляя предположение об образовании в материнском организме синцитиолизинов. Hüsey также считает плаценту источником токсинов при эклампсии.

Были попытки объяснить происхождение токсикозов разностью кровяных групп беременной и ее мужа. Abruzzese на 82 случая токсикозов нашел лишь в 18,3% совпадение групп обоих супругов, в 81,7% у мужа и у жены были различные группы; при исследовании же нормальных беременных однородные группы наблюдались в 75% случаев.

Наконец с оживлением учения об аллергии появились попытки свести эклампсию к явлениям аллергического состояния. Еще раньше некоторые авторы объясняли экламптический симптомокомплекс явлениями анафилаксии. Как известно (Schmorl, Lubarsch) синцитиальные элементы и клетки Лангханса, отторгаясь с поверхности ворсинок, поступают в кровяной ток матери и заносятся в различные органы. Будучи дериватом яйца, часть белка этих клеток (отцовского происхождения) является чужеродным для материнского организма и обезвреживается в нем вследствие образования особых веществ—синцитиолизинов (Weichardt). При недостаточной нейтрализации указанных синцитиальных элементов в организме матери должны, по мнению сторонников этой теории, развиться анафилактические явления, которые проявляются как экламптический симптомокомплекс.

Егорову кажется, что учение об аллергии и особенно о гиперэргических реакциях организма представляет собою простое и ясное объяснение явлений эклампсии. По его пред-

ставлению, плод, оболочки его и продукты их обмена и при нормальной и при патологической беременности одинаковы; в обычных случаях реакция материнского организма на беременность и ее продукты находятся в пределах нормы; при токсикозах же материнский организм, сенсibilизированный плодом и плацентой, отвечает ненормальной аллергической реакцией; следствием последней и являются, по мнению Егорова, все экламптические симптомы. Также Беликов и Маневич видят в симптомокомплексе токсикозов своеобразное аллергическое состояние.

Ни одна из приведенных теорий происхождения эклампсии не дает вполне удовлетворительного разрешения этого вопроса. Многие из них страдают тем существенным недостатком, что они принимают следствие за причину.

Изменения печени, изменения почек, отеки, изменения обмена и т. д. в той или иной степени наблюдаются и при нормальной беременности и, оставаясь в определенных границах, не вызывают патологических явлений.

Находимые при токсикозах изменения в органах беременной женщины своим прототипом имеют изменения, аналогичных органов и при нормальной беременности; эти изменения, более резко выраженные при токсикозах, лишь количественно отличаются от аналогичных изменений при нормальной беременности.

Изучая генез того или иного заболевания, необходимо прежде всего усвоить следующее обстоятельство. В возникновении какого-либо болезненного процесса имеет значение целый ряд факторов, целый ряд моментов разной значимости. Одна из этих причин неотъемлема, необходима для возникновения данного болезненного процесса; без нее немыслимо его возникновение. Но одного этого фактора обычно недостаточно; наряду с ним оказывает свой эффект и ряд других моментов, благоприятствующих возникновению процесса, моментов второстепенных.

Эти благоприятствующие факторы не всегда действуют во всей своей совокупности; в одних случаях действуют одни моменты, в других—другие. Для иллюстрации только что сказанного остановимся, хотя бы, на таком этиологически изученном заболевании, каким является туберкулез. Без наличия туберкулезных палочек не бывает туберкулеза. Это—фактор необходимый, неотъемлемый; он дает специфичность этому заболеванию. Но, с другой стороны, нам известно, что наличия одних лишь туберкулезных палочек недостаточно для возникновения туберкулезного процесса. Многие организмы, соприкасаясь с ними, входя с ними в контакт, все же не заболевают; для этого необходим еще ряд благоприят-

ствующих моментов: конституциональные особенности данного существа, условия питания, гигиенические навыки, жилищные и бытовые условия и т. д.

Неотъемлемой причиной эклампсии является беременность; без беременности нет эклампсии; это — первопричина этого заболевания, вызывающая определенные изменения в организме экламптики. Противники такого взгляда главным своим возражением выставляют тот факт, что эклампсия может наступить и при умершем плоде, может впервые наступить даже после родов. Шаткость такого возражения сама собой очевидна; глубокие изменения в органах, наблюдающиеся при эклампсии и выражающиеся определенными клиническими проявлениями, не могут возникнуть внезапно, по мановению волшебной палочки; безусловно, между влиянием, оказываемым плодным яйцом, и припадками эклампсии проходит более или менее длительный промежуток времени, так что нет ничего удивительного в том, что припадки эклампсии могут появиться даже через несколько дней после родов. Удаление плода и его оболочек не всегда в состоянии приостановить возникший уже благодаря его присутствию болезненный процесс; удаление его гарантирует лишь от возникновения новой волны изменений в организме. Припадки эклампсии после родов есть лишь проявление оказанного раньше плодным яйцом эффекта, а не проявление новых изменений, возникших после удаления плодного яйца. В самом деле, достоверные случаи послеродовой эклампсии проявляются не позже 4—5-го дня пuerпериа; эти случаи, несомненно, легче протекают, давая 7,5% смертности против 21,6% в случаях эклампсии во время беременности. Это объясняется тем, что с удалением плодного яйца организм больше не подвергается риску возникновения новых изменений.

До сих пор нет ни одного достоверного случая возникновения эклампсии вне беременности. Нет ни одного случая возникновения эклампсии, не связанного с присутствием плодного яйца.

Мы, конечно, отвергаем тот взгляд, что плод и его оболочки выделяют какой-то определенный токсин, оказывающий свой вредный эффект на органы экламптики. Плодное яйцо действует не своим проблематичным „токсином“. Его наличие вызывает в организме ряд функциональных изменений, которые, оставаясь в обычных условиях в физиологических пределах, под влиянием ряда благоприятствующих моментов принимают патологический характер. Таким образом, и для генеза эклампсии, наряду со специфической, неотъемлемой причиной — беременностью, необ-

ходим и ряд второстепенных, благоприятствующих моментов. Подобно тому, как не все люди, имеющие контакт с туберкулезной инфекцией, заболевают туберкулезом, точно так же не всякая женщина, забеременев, заболевает эклампсией. Эти второстепенные моменты, благоприятствующие возникновению эклампсии, частично нам известны, частично ждут еще своего выявления. Как установлено, питание беременных оказывает несомненное влияние на развитие эклампсии; беременные, питающиеся обильной белковой, богатой солями пищей, значительно чаще подвергаются эклампсии. Это общеизвестный факт и на нем основана профилактика эклампсии. Хорошо упитанные пикники гораздо чаще заболевают эклампсией. Есть указание на значение погоды и климата.

На нашем материале, эклампсия в Узбекистане встречается чаще всего в марте и апреле (34,4%); эти месяцы характеризуются неустойчивой погодой и значительным выпадением осадков. Наименьшее количество эклампсии дают летние месяцы (14,7%) с установившейся сухой, жаркой погодой. По Воронежской области наименьшее число эклампсий (13,5%) наблюдается в летние месяцы, наибольшее (31,4%) — в осенние (октябрь—декабрь).

Благоприятствующим фактором является первобеременность: на нашем узбекистанском материале, первобеременные среди всех случаев эклампсии составляют 80%, на воронежском материале — 76,3%. Такое же значение имеет и многоплодие, встречающееся при эклампсии, на нашем материале, в 4—7 раз чаще, чем при нормальной беременности. Несомненную роль играет и возраст; среди всех экламптичек женщины моложе 30 лет составляют 89,6% (Узбекистан), 86,4% (Воронежская область). Подводя итоги изложенному, можно считать, что часть этих благоприятствующих моментов (пища, конституция, атмосферные явления природы, многоплодие, возраст, первобеременность) нам известны.

Беременность, как специфический фактор, проявляющий свой эффект при наличии частью известных и частью неизвестных еще благоприятствующих моментов, вызывает в организме женщины целый ряд сложнейших процессов; эти процессы, в конечном итоге, проявляются целым рядом клинических симптомов, дающих характерную картину эклампсии.

Между первым звеном — плодом и конечным звеном — клиническими симптомами эклампсии имеется сложная цепь явлений, следующих в определенной последовательности друг за другом. Часть этих звеньев (изменения печени, почек, изменения в мозгу, спазм сосудов, проходимость сосудистой

стенки, отек ткани, изменения обмена веществ, усиленное поступление инкретов задней доли гипофиза) более или менее изучена; другие же звенья, а таких, повидимому, большинство, еще не обнаружены и не дают возможности замкнуть эту сложнейшую цепь. Задача современных и будущих исследователей — не только обнаружить недостающие звенья, но и суметь выявить ту последовательность, в которой они следуют друг за другом.

Нам кажется, что несколько последних звеньев этой цепи располагаются следующим образом: непосредственному проявлению клинических симптомов эклампсии предшествуют известные изменения в мозгу, в эндокринной системе и в ряде паренхиматозных органов. Изменения в полости черепа вызывают судорожные припадки, головные боли, рвоту, повышение температуры, расстройства зрения, явления со стороны глазного дна; изменения в почках — альбуминурию и, отчасти, гипертонию; изменения печени — ацидоз и желтуху; изменения желудочно-кишечного тракта — тошноту, рвоту, боли под ложечкой и т. д. Изменения указанных органов вызываются предшествующим звеном — отеком тканей и их ишемией вследствие спазма сосудов, тромбоза, замедления тока крови. Указанные изменения кровяного тока возникают вследствие выхождения из кровяного русла жидкости в окружающую ткань через порозные стенки сосудов экламптичек. Об обеднении крови жидкостью свидетельствует ряд исследований. Zangemeister обнаружил увеличение числа эритроцитов в крови экламптичек; это обстоятельство он объясняет обеднением крови плазмой. Zweifel, исследуя кровь экламптичек, добытую при кровопусканиях, обнаружил в ней значительно меньшее содержание воды, чем в крови при нормальной беременности. „Сгущение“ крови экламптичек подтверждают исследования и нашей клиники. Д-р Пеньков и д-р Булич (Ташкент) обнаружили, что вязкость крови, удельный вес ее и сухой остаток у экламптичек в большинстве случаев выше цифр, получаемых после прекращения проявлений эклампсии.

Недостаточность доступа крови к таким чувствительным клеткам, какими являются клетки мозга, эндокринных и паренхиматозных органов, напряжение в этих клетках, благодаря избыточному количеству жидкости, сдавление их вследствие отека межтканевой ткани — вот факторы, вызывающие обнаруженные патолого-анатомические изменения в органах; эти изменения ведут к извращению или к полному угасанию функции пораженных органов.

Отеку ткани, спазму сосудов, тромбозу и сгущению крови предшествуют увеличивающаяся проходимость сосудистых стенок, гиперпитuitarизация и изменение обмена веществ.

Между этими звеньями и первым звеном—плод—имеется целый ряд звеньев, характер и последовательность которых в настоящее время еще не ясны и ждут своего разрешения.

Процессы, разыгрывающиеся при эклампсии, можно схематически изобразить следующим образом (см. схему).

Я неоднократно указывал, что при токсикозах имеются изменения почти во всех паренхиматозных органах. Наиболее характерными представляются изменения в печени. В легких случаях в периферических клетках имеются явления жирового перерождения. В более тяжелых случаях к этому присоединяются поверхностные кровоизлияния и кровоподтеки внутри органа; в очень тяжелых случаях имеются геморрагические некрозы, при которых печень на разрезе кажется как бы пронизанной кровоизлияниями.

В почках редко наблюдаются воспалительные явления; в них обычно констатируется белковое помутнение эпителия извитых канальцев; в клубочках же указанные поражения встречаются значительно реже.

Довольно характерными являются изменения, констатируемые в мозгу; здесь имеются анемия, отек, очаги размягчения и кровоизлияния различной величины, начиная от точечных кровоизлияний до величины в кулак и больше. В сердце иногда обнаруживаются тромбозы и дегенеративные изменения.

В последнее время стали уделять внимание изучению ретикуло-эндотелия и изменениям эндокринной системы, которые однако еще не выяснены с достаточной полнотой.

Эклампсия встречается неодинаково, часто в различных местностях: число эклампсий по направлению с севера на юг постепенно убывает. Д-р Булич, пользуясь литературными сообщениями и присланными нам анкетами, установила, что эклампсия в Ленинграде и Москве составляет 0,85% ко всем родам, в Воронеже и Ростове—0,75%, в Одессе—0,60% и в Тифлисе—0,30%. По нашим данным, эклампсия в Узбекистане встречается в 0,41%; в стационарах Воронежской области на 21 627 родов сопровождающаяся припадками эклампсия имела место в 156 случаях (0,72%), бессудорожная форма эклампсии („эклампсизм“ ряда авторов) составляет 1,7% по отношению ко всем беременным, зарегистрированным в консультации.

Множественному поражению органов при эклампсии соответствует и разнообразие клинических симптомов. Можно сказать с совершенной определенностью, что при эклампсии нет ни одного органа, функция которого не была бы в той или иной степени изменена. Считающиеся характерными предвестниками экламптических припадков—альбуминурия,

## СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРИЧИНА



С Х Е М А

отек и гипертония — не дают сколько-нибудь полной клинической характеристики этого заболевания. Эта триада, наиболее легко уловимая, являясь обычно достаточной для практических целей, далеко не исчерпывает всей сложности присущего эклампсии симптомокомплекса.

Переходя к рассмотрению отдельных симптомов, наблюдающихся при эклампсии, мы считаем уместным обратить внимание на следующее обстоятельство. Эклампсия является высшим проявлением изменений, наблюдающихся при так называемых токсикозах беременности; эти изменения в подавляющем большинстве случаев наступают не сразу. Развиваясь постепенно, они дают целый ряд симптомов, предшествующих эклампсии и объединяемых некоторыми авторами под названием „эклампсизм“. Клинически эклампсия от эклампсизма отличается лишь наличием судорог и коматозного состояния; все же остальные изменения, характеризующие собственно эклампсию, в большей или меньшей степени являются ее предвестниками; другими словами, между „эклампсией“ и „эклампсизмом“ нет качественной разницы: изменения, наблюдающиеся при эклампсии, в менее выраженной форме наблюдаются и при эклампсизме. Это сходство образно характеризует Seitz: „предэклампсия — драма в 4 актах; при эклампсии прибавляется 5-й акт (судороги), которые нередко превращают этот спектакль в трагедию“.

С клинической точки зрения наиболее приемлемой должна явиться классификация, основанная на этиологических моментах и клиническом течении. Принимая во внимание одинаковый характер этиологических факторов, мы не имеем оснований различать „эклампсизм“ или „предэклампсию“ от собственно „эклампсии“. Как нами уже указывалось, и эклампсизм, и эклампсия — явления одного порядка, качественно одинаковые; так называемый эклампсизм есть начальная стадия процесса, судорожные припадки и кома — его конечная стадия. Для всех этих проявлений одного и того же процесса надо сохранить одно общее название — эклампсия. По клиническому течению, по тяжести симптомов мы можем различать три стадии эклампсии: 1) бессудорожная форма эклампсии, 2) судорожная форма эклампсии, 3) коматозная форма эклампсии.

Наиболее легкая — бессудорожная форма эклампсии — может перейти во 2-ю стадию — в судорожную форму; 2-я стадия может перейти в 3-ю форму — коматозную эклампсию; есть случаи, где 1-я стадия непосредственно переходит в 3-ю стадию. Считая изменения почек, отеки одним из проявлений начинающейся бессудорожной эклампсии, мы не выделяем в отдельные нозологические единицы.



Одним из наиболее легко уловимых и практически ценных симптомов, предшествующих эклампсии и ее сопровождающих, являются изменения мочи. Наличие белка в моче встречается в известном проценте случаев и при нормально протекающей беременности; нами белок в моче обнаружен в 63,5% бессудорожной формы эклампсии и в 79,5% судорожной формы. Количество белка, незначительное вначале, может в дальнейшем увеличиваться и при появлении припадков достигать больших цифр.

При эклампсии, как правило, находят и другие изменения в моче; количество ее еще задолго до припадков может резко уменьшиться и перейти в полную анурию во время припадка.

Моча редко бывает прозрачной и может иметь различный оттенок — то мутновато-желтый, то красноватый, при наличии свежего красящего вещества крови, то темнокрасный из-за присутствия старой выщелоченной крови.

В осадке обнаруживаются клетки почечного эпителия, в большом количестве зернистые цилиндры, нередко гиалиновые цилиндры, иногда единичные эритроциты.

Попытки отождествить изменения почек экламптичек с изменениями, свойственными липоидному нефрозу (Munk, Eufinger), или с изменениями, наблюдаемыми при остром гломерулонефрите (Volhard, Kuczynski), потерпели неудачу. При нефритах обнаруживаются явления воспаления, сопровождающиеся рубцеванием, запустеванием коркового слоя и сосудов и, в дальнейшем, уменьшением и затвердением почечной ткани; при эклампсии же преобладают дегенеративные явления в эпителии и сосудах, в первую очередь, извитых канальцев и, иногда, петель Генле. Тут явления разыгрываются, в основном, в эпителии, в то время как интерстициальная ткань почек мало или вовсе не изменяется. Изменения, находимые при эклампсии, в некоторых отношениях напоминают таковые при нефрозах; но, как указывает Fahr, они в своей совокупности ясно отличаются от всех остальных форм „брайтовой болезни“.

Все же следует сказать, что изменения почек при эклампсии далеко потеряли то значение, которое им раньше придавалось. Эти изменения не всегда сопровождаются такими же глубокими расстройками, как при нефритах; например, повышение количества остаточного азота в крови экламптичек встречается лишь в 10% (Seitz). Мы знаем также, что альбуминурия не всегда ведет к проявлению эклампсии; случаи альбуминурии при беременности в 20—30 раз встречаются чаще, чем случаи эклампсии. Но, с другой стороны, мы знаем и то, что альбуминурия предшествует или сопровождает

большинство случаев эклампсии. Это дает нам основание считать изменение мочи (альбуминурия, олигурия) очень ценным предвестником эклампсии, наличие которого во всех случаях беременности должно вынудить нас принять соответствующие меры профилактики.

Отеки также считаются одним из частых предвестников и спутников эклампсии. На нашем материале, отеки встречались от 54,6% (узбекистанские данные) до 76,7% (воронежские данные) всех случаев эклампсии. Наблюдающиеся при эклампсии отеки ни в коей мере не следует рассматривать, как следствие поражения почек. Возникая из-за проходимости сосудистых стенок, из-за изменения хлорного и натриевого обмена, из-за изменения онкотического давления и липемического коэффициента, они могут предшествовать поражению почек, играя даже большую роль в происхождении последнего. Характерным для этих отеков является их смещаемость в зависимости от положения тела; по утрам, в связи с горизонтальным положением больной, отеки бывают яснее выражены на лице; по вечерам, в связи с вертикальным положением беременной, они увеличиваются внизу живота и на нижних конечностях. Иногда эти отеки бывают слабо выражены; в других случаях резкий отек меняет облик беременной, а ноги иногда превращаются в толстые образования, напоминающие собой конечности слона. В некоторых случаях сильно отекают половые органы, благодаря чему малые и и особенно большие губы могут увеличить свой объем в несколько раз.

В клинике эклампсизма и эклампсии видимые отеки имеют гораздо меньшее значение, чем изменения мочи. Отеки встречаются в очень большом числе случаев и при нормально протекающей беременности (75%—Fr e u n d). С другой стороны, встречаются тяжелейшие случаи эклампсии, где видимые отеки очень слабо выражены. Наконец, мы наблюдаем случаи резко выраженного отека, протекающие без всяких проявлений эклампсии. Поэтому видимый отек сам по себе не может считаться предвестником эклампсии; он должен рассматриваться в совокупности с другими симптомами, приобретая особое значение в случае своего прогрессирования.

Большое значение следует приписать повышению кровяного давления. В наших случаях эклампсии повышенное кровяное давление (максимальное давление—выше 125 мм) мы наблюдали в 84,8%, причем почти в половине случаев оно было значительно выше 150, приближаясь в отдельных случаях к 200 мм Seitz лишь в 15% случаев эклампсии имел кровяное давление ниже 130 мм. Schwarz не допускает существования эклампсии или эклампсизма без гипертонии.

Достигая вначале небольших цифр, кровяное давление с прогрессированием явлений, свойственных эклампсии, имеет тенденцию к дальнейшему повышению, достигая своего максимума непосредственно перед припадком или во время него.

Почти закономерные изменения кровяного давления при эклампсии побуждают нас отнестись с особым вниманием к этому симптому и требовать регулярного измерения кровяного давления (не реже 1 раза в месяц, а в последние месяцы — не реже 2 раз) у всех беременных.

Мы считаем верхнюю границу нормального максимального давления у беременных равной 135 мм. Подъем давления выше этой цифры должен побудить врача взять такую беременную под особое наблюдение. Что касается исследования минимального давления, которому Bar, Baumgart, Brindeau и др. придают такое значение, то мы не имеем оснований настаивать на его определении; принимая верхнюю нормальную границу максимального давления равной 135 мм, мы получаем полную возможность своевременно обнаружить всякий случай начинающейся гипертонии.

Помимо указанной триады, заслуживают, несомненно, внимания и другие явления, которые, присоединяясь к перечисленным выше симптомам, обычно служат показателем ухудшения процесса.

В первую очередь мы остановимся на явлениях, свидетельствующих о повышении внутричерепного давления: головные боли, расстройства зрения и, отчасти, рвота.

Головные боли в большинстве своем локализируются в передней части головы или в области лба — над глазами. Боли эти иногда имеют более разлитой характер, вызывая у больных чувство сдавления всей черепной коробки. Эти боли могут продолжаться в течение нескольких дней, либо возникнуть внезапно, незадолго до припадков; очень часто они сопровождаются апатичностью, сонливостью больных; лишь в редких случаях приходится видеть больных возбужденными, страдающими бессонницей.

Seitz указывает, что на его материале в 104 случаях эклампсии субъективные симптомы (головная боль, расстройства зрения, явления со стороны желудка) имели место в 80%. Мы не можем подтвердить указанной цифры Seitz а. На нашем материале, головные боли перед эклампсией встречались значительно реже: всего лишь в 50%; Lichtenstein головные боли встречал в 58% случаев.

Головные боли вне связи с другими явлениями, предшествующими эклампсии, не имеют большого значения. Они

приобретают особое значение, если присоединяются к другим предшественникам эклампсии, так как указывают на значительное повышение внутричерепного давления. Внезапное появление головных болей, по нашим наблюдениям, очень часто предшествует непосредственно припадку даже в тех случаях, где со стороны других явлений ничего угрожающего не наблюдается. Это дает нам основание с особой серьезностью отнестись к появлению головных болей в случаях так называемой предэклампсии.

Расстройства зрения также указывают на изменения со стороны мозга и на повышение внутричерепного давления. Mylius, исследуя глазное дно при эклампсии, обнаружил спазм сосудов сетчатки; он считает, что аналогичный спазм, безусловно, наблюдается и на сосудах мозга; к этому мнению присоединяется и Heunemann.

Расстройства зрения, встретившиеся на нашем материале в 36%, были различной степени; в одних случаях больные жаловались на слабое восприятие света, помутнение в глазах, мелькание в глазах, в других — зрение сильно ослабевало: больные не различали окружающих предметов, не могли сосчитать количества пальцев на поднесенной к их глазам руке; в третьих случаях — наступала полная слепота — амавроз (3,4% материала).

Указанные расстройства, сравнительно редко сопровождаая предвестники эклампсии, в случае своего присоединения к ним являются грозным предзнаменованием, указывающим на неминуемое почти наступление припадка.

Большинство указанных расстройств зрения при эклампсии, в противоположность наблюдающимся при retinitis albuminurica, временны и бесследно исчезают после выздоровления экламптики. Следует, однако, указать, что обнаруживаемые иногда при эклампсии изменения со стороны сетчатки дают повод некоторым авторам требовать немедленного опорожнения матки при наличии таких изменений. Но нам известно, что почти во всех случаях эклампсии, несмотря на изменения со стороны глазного дна, после исчезновения эклампсии наступает полное восстановление зрения. Наконец, случаи эклампсии, сопровождающиеся амаврозом, не протекают тяжелее других случаев без амавроза. Поэтому мы не видим никаких оснований при наличии амавроза применять более активную терапию, чем в других случаях эклампсии, и приступать к немедленному опорожнению матки; случаи эклампсии с амаврозом мы ведем точно так же, как и другие случаи, считая амавроз лишь одним из редких спутников эклампсии. Амавроз, как и судороги, как и изменения других органов, является следствием спазма сосудов и отека

ткани и с ликвидацией последних, как правило, бесследно исчезает, в противовес изменениям со стороны глаз, наблюдаемым при интерстициальном нефрите; тут очень часто расстройства зрения оказываются длительными и непоправимыми.

Нередко к описанным выше симптомам присоединяются и жалобы со стороны желудка: боли под ложечкой, тошнота, а иногда и рвота, которая может быть также следствием повышения внутричерепного давления. Эти явления, имевшие место на материале Lichtenstein'a в 24%, мы наблюдали в 11,6% случаев.

Наряду с этими, сравнительно часто встречающимися и легко уловимыми, симптомами имеется ряд изменений, требующих для своего определения известных навыков и специальной аппаратуры.

С развитием метода капилляроскопии было изучено состояние сосудов при эклампсии. При помощи этого метода у экламптичек обнаружено удлинение и расширение капиллярных петель, прерывистость кровяного тока, длительные стазы и кратковременные опустевания (спазм капилляров); иногда получается впечатление, что отдельные капиллярные петли или целые капиллярные участки временно исчезают; это вызывает временное побледнение соответствующего участка кожи. В то время как прерывистость тока и стазы быстро исчезают после кровопускания, извилистость и расширение капиллярных петель остаются в течение нескольких месяцев. Указанные изменения, установленные на кожных сосудах при помощи капилляроскопии, Nevermann обнаружил и на сосудах матки. Почти аналогичные изменения были обнаружены и в капиллярах глазного дна, причем с ухудшением течения эклампсии замедление тока крови в капиллярах глазного дна превращается в длительный стаз; капилляры становятся явно цианотичными; все эти явления держатся довольно долго, и лишь спустя несколько недель капилляры приобретают нормальную ширину, длину и обычный кровяной ток. Указанные изменения возникают, повидимому, вследствие ненормального состояния иннервации сосудов при эклампсии, вызывающего спазм предкапиллярных сосудов.

Указанные изменения капилляров можно наблюдать не только при эклампсии, встречаются они и при других заболеваниях, иногда и у нормальных беременных и особенно у рожениц; с другой стороны, есть случаи эклампсии, в которых указанные изменения отсутствуют или очень слабо выражены. Поэтому изменения капилляров могут быть практически использованы лишь в связи с другими клиническими симптомами эклампсии. Особое значение капилляроскопия

приобретает для выявления угрожающего наступления припадков: в этих случаях, по мнению Heупемапп'а, наблюдения над состоянием капилляров оказывают более ценные услуги, чем измерение кровяного давления; изменения капилляров наступают быстрее и явственнее, чем повышение кровяного давления, они независимы от психических моментов, и их констатация не связана с затруднениями для больных.

В последние годы Seitz обратил внимание на то, что при эклямпсии гальваническая возбудимость мышц значительно понижена. К концу нормальной беременности, по его наблюдениям, гальваническая нервно-мышечная возбудимость значительно повышается: вместо обычных 1,8 миллиампера, действующих на *per. medianus*, мышцы реагируют сокращением и на значительно более слабый ток — в 0,9 миллиампера. Наблюдения из клиники Seitz'а обнаружили, что при эклямпсии эта возбудимость значительно ослабевает: мышцы реагируют лишь на ток большей силы, в среднем в 2,7 миллиампера; указанные явления наблюдаются с большей закономерностью, чем повышение кровяного давления и рекомендуются Seitz'ом как ценный предэкламптический симптом.

Hansen, проверив указанный метод, также признает его диагностическое и прогностическое значение; по его наблюдениям, при выраженной эклямпсии сила тока, вызывающая сокращение мышц, колеблется между 2,4 и 4,8 МА; все случаи эклямпсии с гальванической возбудимостью выше 4 МА закончились летально.

Указанный феномен нуждается в дальнейшей проверке. Число сделанных над ним наблюдений еще очень недостаточно для каких-либо определенных выводов; его ценность должна быть определена дальнейшими исследованиями и клиническими наблюдениями.

Изменения крови при эклямпсии не имеют определенного диагностического значения. Кровь экламптичек обычно свертывается несколько скорее нормальной крови. Zangemeister нашел количество эритроцитов у экламптичек несколько повышенным, чего, однако, не подтвердили наблюдения из клиники Zweifel'я.

Наконец, укажем на попытки применить при эклямпсии с диагностической целью и химическую реакцию. Буланкина (клиника Кушталова) прибавляет к очищенной от липидов сыворотке крови исследуемых больных реактив, состоящий из обработанной определенным способом сыворотки молока. В последнее время сыворотка молока была заменена 1-проц. раствором молочной кислоты. Появление в сыворотке исследуемой крови мути после прибавления 4—6 капель

реактива свидетельствует о слабо положительной реакции. В случаях положительной реакции эта муть после дальнейшего прибавления реактива переходит в хлопьевидный или даже в более плотный осадок. По наблюдениям Буланкиной, эта реакция створаживания оказывается слабо положительной и при нормальной беременности; в тяжелых же случаях эклампсии реакция получается резко положительной с образованием обильного осадка.

Как видно из предыдущего изложения, субъективные жалобы при эклампсии немногочисленны и непостоянны: головные боли встречаются в 50% случаев, тошнота, рвота, боли под ложечкой встречаются еще реже (11—24%); расстройства зрения, являющиеся наиболее грозным субъективным ощущением, наблюдаются лишь в 36% всех случаев, а амвроз — в 3,4%. Не следует упускать из виду и того, что эти симптомы нередко появляются в сравнительно далеко зашедших случаях, зачастую незадолго перед наступлением припадков. Поэтому, не игнорируя, конечно, этими жалобами и справляясь об их наличии у каждой обращающейся к нам беременной, мы особое внимание должны обратить на объективное исследование.

Многие из перечисленных выше объективных симптомов встречаются не только при эклампсии, а наблюдаются и при нормальной беременности и при других расстройствах. Поэтому не следует при исследовании беременной ограничиваться только установлением одного какого-либо симптома; исследование мочи, определение кровяного давления, констатация отеков являются неотъемлемыми диагностическими мероприятиями при обследовании каждой беременной. Капилляроскопия и исследование нервно-мышечной возбудимости должны явиться методами углубленного клинического изучения, после чего может быть решен вопрос о целесообразности их практического применения. Наличие значительной части или всех описанных выше симптомов характеризуют собою бессудорожную форму эклампсии.

Установить резкую грань между остающимися в пределах нормы изменениями, связанными с беременностью и ее патологическими проявлениями, не всегда бывает легко. Первым и самым частым симптомом является гипертония; повышение максимального кровяного давления выше 135 мм является ненормальным и служит показанием начинающейся бессудорожной формы эклампсии. Гипертония, в дальнейшем обычно прогрессируя, достигает иногда 200 и выше мм. Нарастающая гипертония обычно служит признаком ухудшения процесса. К этому 1-му симптому в подавляющем большинстве случаев вскоре присоединяется и альбуминурия, не

всегда одинаково резко выраженная. Количество белка в моче может колебаться в больших пределах. Бывая в начале заболевания незначительным, оно перед появлением судорог иногда достигает больших величин, занимая при производстве соответствующих реакций всю пробирку. В некоторых случаях альбуминурия отсутствует и появляется лишь во время самого припадка или после него. Альбуминурия нередко сопровождается олигурией, которая, прогрессируя в тяжелых случаях, может перейти в полную анурию. При микроскопическом исследовании осадка находят нередко почечный эпителий, зернистые и гиалиновые цилиндры, единичные эритроциты.

Отеки в этой стадии процесса являются частым, но не обязательным симптомом. Степень отеков может быть различна и не идет параллельно с нарастанием функциональных изменений почек; степень отеков не служит также показателем тяжести процесса. Резкие отеки нередко сопровождаются легкими случаями эклампсии и, наоборот, в тяжелых, смертельно заканчивающихся, случаях отеки зачастую отсутствуют, либо очень слабо выражены. В дальнейшем течении процесса могут присоединиться явления со стороны желудка (тошнота, рвота, боли под ложечкой). В далеко зашедших случаях, обычно переходящих в следующую стадию — судорожную форму эклампсии — могут появиться головные боли (особенно в передней части головы) и в некоторых случаях расстройства зрения. В некоторых, к счастью, редких случаях к этим симптомам присоединяется и желтуха, указывающая на тяжелое поражение печени; такие случаи протекают чрезвычайно тяжело и нередко переходят в 3-ю стадию процесса — коматозную форму — и дают очень высокий процент смертности.

2-я форма — судорожная форма — эклампсии отличается от бессудорожной формы присоединением ряда симптомов, из которых появление судорожных припадков является наиболее характерным.

Появлению припадков обычно, за редкими исключениями, предшествует нарастание симптомов, присущих предыдущей бессудорожной форме эклампсии. При появлении головных болей и расстройства зрения, указывающих на усиление мозговых явлений, можно почти безошибочно ожидать наступления судорог.

Иногда припадку предшествуют боли в пояснице, одышка, сонливость, редко возбужденное состояние. В большинстве же случаев больные, в противовес эпилептикам, не предчувствуют наступления припадка. Припадок судорог при эклампсии обычно непродолжителен и длится не более 1—2 мин. Описанные случаи очень очень длительных судорог, в 10—20 мин., повидимому, являются целой серией быстро следующих друг за



другом отдельных припадков. Из 31 случая эклампсии нашей клиники с точно зарегистрированной продолжительностью припадков, припадки длились меньше 1 мин. в 12 случаях, в 7 случаях они длились 1—2 мин. и в 12 случаях 2—3 мин.

В течении самого припадка можно различать 4 периода:

1) период наступления припадка, 2) период тонических судорог, 3) период клонических судорог и 4) последующая кома.



Рис. 208. Стадия клонических судорог.

Для первого периода характерны произвольные легкие сокращения мышц лица: лоб сморщивается, веки несколько дрожат, глаза закатываются кверху, язык высовывается изо рта и снова прячется, голова делает качательные движения, руки слегка дрожат, большой палец сгибается. Указанный период очень непродолжителен (несколько секунд) и часто проходит незамеченным. Второй период гораздо продолжительнее и длится от 20 секунд до  $\frac{1}{2}$  мин. Больная сразу становится неподвижной, принимая характерную позу резкого напряжения, голова запрокидывается назад и вбок, лицо обращается в противоположную сторону, суженные в начале припадке зрачки в дальнейшем расширяются, закатившиеся кверху глаза неподвижны, зубы плотно стиснуты, ущемляя нередко высунувшийся изо рта язык, туловище выгнуто, к нему плотно приведены руки со сжатыми кулаками. Вследствие тонического сокращения грудных мышц, мышц гортани и диафрагмы дыхание прекращается; больная находится в стадии асфиксии: она вся синееет, лицо резко отекает, принимает темнофиолетовый цвет.

Но внезапно этот труп оживает, его пронизывают резкие движения—наступает предпоследний, третий, период припадка—период клонических судорог (рис. 208). Больная делает

глубокий вдох и очень шумный выдох; вследствие скопления слюны и слизи в дыхательных путях, дыхание очень шумное, окочущее, изо рта обильно выделяется пенистая слюна, окрашенная в розовый цвет вследствие примеси крови из прикушенного языка, голова делает резкие качательные и вращательные движения, веки, глазные яблоки и рот находятся в непрерывном движении, туловище более или менее спокойно, движения ног нерезко выражены: они как бы делают слабые попытки оттолкнуться от кровати. В особенно резком движении находятся руки: их то отбрасывает в стороны, то приводит к туловищу; кисти рук движутся вверх и вниз вдоль живота. Указанные резкие движения, очень быстрые вначале, постепенно, замедляясь, прекращаются, и больная, сделав глубокий вдох, снова становится неподвижной и впадает в коматозное состояние. Период клонических судорог — самый продолжительный и длится около  $3\frac{1}{4}$  мин.

Самым опасным периодом в течение всего припадка некоторые авторы считают период тонических судорог. Аналогично Essen-Möller'y, Barker держится того взгляда, что причиной гибели больных во время припадка является асфиксия в периоде тонических сокращений. Caffier совершенно справедливо сомневается в правильности этого мнения. В самом деле, период тонических судорог продолжается 20—30 секунд; отсутствие же доступа воздуха в течение даже большого промежутка времени переносится обычно легко, без всяких осложнений. Повидимому, случаи внезапной смерти экламптичек во время припадка имеют более сложную причину, чем асфиксия, и нуждаются в дальнейшем изучении. К тому же следует отметить, что опасность самого припадка сильно переоценивается. Число случаев смерти во время судорог очень незначительно. Мы, например, ни разу этого не наблюдали.

Количество припадков бывает различным — от одного до нескольких десятков. Vинау описывает случаи где наблюдалось до 100 припадков, Власов — 121.

В наших 143 случаях, в которых количество припадков точно зарегистрировано, оно распределяется следующим образом: до 5 припадков — 71 случай (49,6%), от 6 до 10 — 42 (29,4%), от 11 до 20 — 24 (16,7%) и свыше 20 — 6 (4,3%).

Следует также отметить очень легкие случаи, где при слабо выраженных клинических проявлениях эклампсии в конце 2-го периода родов или же сразу после него наступает несколько легких припадков, не сопровождающихся комой.

Промежутки между отдельными припадками колеблются в различных пределах от нескольких минут до многих часов. В этом отношении течение эклампсии представ-

ляет пеструю картину; в одних случаях припадки следуют друг за другом с небольшими промежутками и сразу обрываются; в других случаях промежутки между припадками все больше и больше удлиняются и после продолжительного перерыва наступают 1—2 последних легких припадков. В третьих случаях после ряда припадков наступает длительный, в несколько часов, перерыв, после чего припадки снова возобновляются. В тяжелых случаях заболевание может начаться с одного припадков, за которым после длительного перерыва, иногда в несколько часов, начинается серия припадков.

В четвертом периоде — коматозном — больные лежат совершенно неподвижно с открытыми иногда глазами, расширенными зрачками; дыхание может быть шумным, клокочущим; роговичный рефлекс понижен. Течение 4-го периода также отличается многообразием. В одних случаях больные между припадками сравнительно быстро начинают реагировать на окружающие раздражения, отвечая на вопросы, оставаясь все же некоторое время в сонливом состоянии. В других случаях коматозное состояние длится значительно дольше; больные в промежутках между припадками все время находятся в коме и выходят из нее только спустя некоторое время после полного прекращения припадков. В большинстве случаев имеется полная амнезия обо всем происшедшем.

Наконец, в тяжелых случаях коматозное состояние продолжается и после прекращения припадков — наступает 3-я стадия эклампсии — ее коматозная форма, на которой мы подробнее остановимся несколько дальше.

При судорожной форме эклампсии редко отсутствуют изменения со стороны мочи. Как правило, моча в этом периоде содержит большое количество белка; даже в тех случаях, где белка раньше не было, он появляется во время припадков или после него. Очень важное значение имеет количество мочи, которое во время припадков резко уменьшается, доходя нередко до полной анурии.

Судорожная форма эклампсии иногда сопровождается повышением температуры. Регулярные измерения температуры во время самого приступа обнаружили подъем ее до значительных цифр, даже до 40°. Нередко температура и между припадками остается повышенной.

Были попытки объяснить поднятие температуры при эклампсии большой мышечной работой, проделываемой во время припадков; это мнение находится, однако, в противоречии с тем фактом, что при эпилептических припадках температура редко достигает высоких цифр; к тому же повышение температуры наблюдается и при коматозной форме эклампсии, не сопровождающейся судорожными припадками.

Правильным, повидимому, является мнение Zangemeister'a, считающего повышение температуры при эклампсии центрального происхождения. Естественно, что при изменениях в мозгу (повышенное давление, отек, спазм сосудов, кровоизлияния), которыми сопровождается эклампсия, может, наряду с другими участками мозга, принять в них участие и tuber cinereum, которому приписывается роль теплорегулирующего центра (Krehl и Marchand).

Однако не следует забывать, что в значительном числе случаев эклампсия протекает при совершенно нормальной температуре; поэтому при всяком повышении ее необходимо исключить и другие моменты (инфекция, пневмония и т. д.).

Пульс между припадками напряжен, хорошего наполнения; во время припадков он часто делается малым, трудно ощутимым; в большинстве случаев пульс экламптички несколько учащен—до 90 ударов в минуту; более значительное учащение наблюдается обычно в тяжелых случаях.

Наблюдающийся при эклампсии спазм сосудов, в том числе и коронарных, и изменения сердечной мышцы ведет к функциональным расстройствам сердечной деятельности. Young, производивший электрокардиографическое и рентгенографическое исследования сердца экламптичек, обнаружил долгое время спустя после заболевания явления, указывающие на расширение сердца и дегенеративные изменения миокарда. Сердце погибших экламптичек во многих случаях растянуто, пронизано подэндокардиальными кровоизлияниями, особенно обильными в области His'овского пучка; кровоизлияния обнаружены также и между мышечными волокнами (Caffier).

Далеко зашедшие изменения печени являются тяжелейшим осложнением эклампсии. Появление желтухи и болезненности в области печени—чрезвычайно грозные симптомы, в большинстве случаев предопределяющие смертельный исход. Случаи с глубокими поражениями печени нередко протекают атипично, по своей клинической картине мало напоминая судорожную форму эклампсии; они приближаются к последней стадии—к коматозной форме эклампсии.

Выздоровление экламптичек обычно идет довольно медленно; в большинстве случаев сознание больных после последнего припадка восстанавливается постепенно; психическое состояние больных совершенно приходит к норме лишь на 2—3-й день, а иногда и позже. Еще медленнее восстанавливается функция ряда других органов.

Быстрее всего начинает восстанавливаться функция почек; обильное мочеотделение обычно начинается на 2-й, реже на 3-й день после прекращения припадков. На обслед-

дованном нами материале в 94 случаях, где в историях болезни сохранились подробные записи о количестве мочи во время припадков и после них, в 14 случаях (14,9%) обильное мочеотделение началось в день прекращения припадков, в 42 случаях (44,6%) — на 2-й день, в 32 случаях (34%) — на 3-й и лишь в 6 случаях (6,5%) — на 4-й день. Белок в моче может держаться значительно дольше: во многих случаях к моменту выписки в моче обнаружено более или менее значительное количество белка.

Повторные исследования мочи через много месяцев после эклампсии обнаруживают наличие белка в 6—7% обследованных случаев. Чем тяжелее протекает эклампсия, тем дольше держится белок в моче; последующие изменения почек встречаются чаще у пожилых и у много рожавших, чем у молодых первородок.

Уменьшение отеков идет сравнительно быстро; особенно скоро исчезают отеки в тех случаях, где прекращение припадков совпадает приблизительно с опорожнением матки.

Так же быстро ликвидируются и расстройства зрения в тех случаях, где они имели место.

Кровяное давление, которое начинает быстро спадать после эклампсии, все же еще в течение довольно долгого времени продолжает оставаться выше нормальных цифр.

Головные боли, уменьшаясь в своей интенсивности сравнительно быстро, все же не совсем покидают больную и могут беспокоить ее еще в течение долгого времени. Жалобы на головные боли отмечаются в большом проценте случаев много месяцев спустя после эклампсии, исчезая, в конце концов, совершенно.

3-я форма эклампсии — коматозная, более редко встречающаяся, отличается тяжестью своего течения. Коматозная форма может развиваться из предыдущей — судорожной формы, когда больная, впад в коматозное состояние после припадков, не выходит из него и после их прекращения. В других случаях больная из бессудорожной стадии сразу переходит в коматозную, минуя стадию припадков („эклампсия без судорог“ ряда авторов). Иногда при этой форме наблюдаются рудиментарные припадки в виде подергиваний мышц лица и рук.

Указанная форма отличается от предыдущей — судорожной — очень длительным коматозным состоянием и в некоторых случаях отсутствием судорог. Все же остальные признаки эклампсии, более или менее выраженные, — налицо: альбуминурия, отеки, рвота, боли под ложечкой, повышенное кровяное давление; особенно резко выражены мозговые явления —

головные боли и расстройства зрения. Кома нередко наступает внезапно, повергая как бы сразу больную в бессознательное состояние, из которого она не выходит вплоть до самой смерти. Общее тяжелое состояние свидетельствует о глубоких изменениях органов, пульс часто мал, нередко аритмичен, температура во многих случаях повышена, большинство случаев сопровождается желтухой. Описаны также случаи, где имелись петехии на коже и на конъюнктиве.

У ряда экламптических больных наблюдается и ряд других осложнений, менее постоянных, но усугубляющих опасность и без того тяжелого течения.

Самым серьезным, часто (в 50%) смертельным осложнением являются кровоизлияния в мозг. В то время как небольшие кровоизлияния в мозговое вещество — обычное явление при эклампсии, обширные, смертельные кровоизлияния встречаются, к счастью, сравнительно редко. В последнее время Rheindorf (1932 г.) сообщает о 2 таких случаях. В одном случае кровоизлияние, величиною в куриное яйцо, было обнаружено в мозгу и прилегающей части левой половины мозжечка и в 4-м желудочке; в другом случае в левом боковом желудочке был обнаружен сгусток, величиной с кулак. Schwanen (1934 г.) сообщает о 3 случаях кровоизлияния в мозг, закончившихся выздоровлением; Гимпельсон сообщает о 2 летальных случаях; Бубличенко и Кашинский приводят обширный материал по вопросу о кровоизлияниях в мозг.

Кровоизлияния в мозг при эклампсии, не ведущие к внезапной смерти, сопровождаются рядом клинических проявлений, характер которых зависит от локализации кровоизлияния: наблюдаются одно-или 2-сторонние параличи или парезы конечностей, параличи и парезы лицевого нерва, расстройства речи, симптом Кернига, ригидность затылка и т. д. В случаях выздоровления (около 50%) эти симптомы, медленно уменьшаясь, могут при полном рассасывании кровоизлияния совершенно исчезнуть. При кровоизлияниях, наступающих в коматозном состоянии больных, и при кровоизлияниях, ведущих быстро к гибели, указанные симптомы, имея безусловно место, в большинстве случаев проходят незамеченными для акушеров. Поэтому неврологическое обследование экламптиков совершенно необходимо особенно в тяжелых случаях, чтобы своевременно констатировать наличие кровоизлияния в мозг.

Кровоизлияния в желудочно-кишечный тракт в известном проценте случаев свойственны эклампсии.

Кровоизлияния эти обычно не обширны, располагаются поверхностно под серозным или слизистым покровом и могут

давать иногда определенные клинические проявления. Основным симптомом является рвота, окрашенная в коричневый или темнокоричневый цвет, вследствие присутствия крови. Обильная рвота сопровождается иногда значительной примесью крови и может вызвать резкую анемию и падение кровяного давления. В таких случаях на секции находят в просвете кишечника и, главным образом, в содержимом желудка значительное количество крови.

Набухание слизистой дыхательных путей, застойные явления в области легких, аспирация в коматозном состоянии содержимого ротовой полости являются моментами, благоприятствующими заболеванию экламптичек пневмонией.

Частота пневмонии в значительной степени зависит от ухода за экламптичкой. Очищение рта от слизи и слюны, низкое положение головы во время припадков и комы, запрещение дачи пищи, питья и лекарства *per os* во время припадков и комы, регулярное назначение банок в значительной степени снижают частоту пневмонии. Например, на сборном материале по Узбекистану на 159 случаев эклампсии пневмония наблюдалась в 18 случаях (11,8%). В нашей же клинике, где соблюдаются указанные мероприятия, мы на 40 случаев эклампсии имели лишь 3 случая заболеваний дыхательных путей и легких. Пневмония, присоединяющаяся к эклампсии, дает очень высокую смертность, что делает особенно необходимыми указанные выше профилактические мероприятия.

Во время эклампсии и вскоре после нее иногда развиваются психозы, обычно скоро проходящие; редко они оказываются более длительными.

На сборном материале Узбекистана на 159 случаев психозы отмечены в 7 случаях (4,5%), на материале клиники на 40 случаев было 4 случая психозов (10%). Осложнение эклампсии психозом требует тщательного наблюдения за такими больными, которые в указанном состоянии могут совершить самые неожиданные поступки.

Во время припадков, а еще чаще в моменты возбуждения, наблюдающиеся нередко при психозах, возможны повреждения костей. Переломы и вывихи могут происходить либо вследствие падения больной с кровати во время припадков, что, к счастью, встречается редко, либо вследствие резких движений во время припадков; случаев отрыва *tuberculum minus* от плеча, который произошел во время судорог, описывает Вauer; Аловский же наблюдал случаи повреждения костей.

Ряд авторов наблюдал разрывы матки, происходящие во время припадков.

Как правило, эклампсия наступает не рань-

ше 2-й половины беременности. 1-й припадок может произойти во время беременности, во время родов и в послеродовом периоде. Чаще же всего он наступает во время родов (57%). На 2-м месте стоит послеродовой период (25,6%). Реже всего 1-й припадок наступает до начала родовой деятельности (17,4%).

Как уже указывалось, эклампсия развивается, как правило, во 2-й половине беременности. Souge на собранных им 132 случаях эклампсии во время беременности обнаружил следующее:

На 5—6 мес.	3 случая
"   6—7   "	10   "
"   7—8   "	17   "
"   8—8 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	49   "
К концу беременности	53   "

На нашем материале, мы имели 6 случаев эклампсии, возникших до 7 мес., из них 3 случая наблюдались в нашей клинике.

Обычно послеродовая эклампсия наступает в течение первых дней пуэрпериума; но в литературе есть сообщения и о более поздних случаях: на 12-й день (Caseaux), 17-й день (Tissier), 19-й день (Anderodias), 17-й день (С то лы п и н с к и й), 22-й день (А с т р и н с к и й), 18—21-й день (В л а с о в).

Авторы, указывающие на частоту возникновения эклампсии в том или ином периоде беременности или родов, имеют в виду судорожную форму эклампсии. И действительно, если считать критерием время наступления 1-го припадка, то судорожная форма эклампсии чаще всего развивается во время родов. Но весь симптомокомплекс эклампсии, за исключением судорог, развивается, как правило, значительно раньше родов и предшествует припадкам, которые впервые чаще всего появляются во время схваток. Таким образом, нам кажется совершенно необоснованным отмечать, что эклампсия чаще бывает во время родов; не эклампсия, а лишь один из симптомов ее — припадки — чаще встречаются во время родов. Затем необходимо принять во внимание, что беременность при эклампсии в большом проценте случаев заканчивается преждевременными родами: по Esch'y — в 53%, по Tunis'y — в 20,4% по Селицкому — в 43,6%, в нашем материале — в 57%. Таким образом, ряд случаев, помещенных в рубрику родовой эклампсии, в действительности имел место задолго до нормального окончания беременности. В этих случаях будет совершенно логичным допустить, что не схватки вызвали наступление припадков, а что и припадки и схватки являются следствием далеко зашедших изменений, связанных с эклампсией. Эти изменения могут оказать и оказывают извест-



ное влияние на плод, его оболочки и на маточную мускулатуру, что и ведет к преждевременным родам. Известное значение следует приписать и концентрации в крови гормонов задней доли гипофиза, количество которых, по исследованиям Anselmino и Hoffmann'a, очень часто идет параллельно тяжести случая.

Симптомы эклампсии могут в известных случаях иметь и прогностическое значение, указывая на степень тяжести заболевания в том или ином случае. Следует сознаться, что течение эклампсии иногда бывает очень непостоянным и нередко принимает совершенно неожиданный оборот. Мы знаем случаи, где больные после длительной комы, многочисленных припадков, длительной анурии поправлялись; и наряду с тем, видели случаи, где при невысоком давлении, редких припадках, незначительных изменениях мочеотделения больные внезапно впадали в коматозное состояние, после чего быстро погибали. Но все же в большинстве случаев по клиническому течению, наличию тех или иных симптомов и степени их тяжести вполне возможно определить и серьезность данного заболевания.

Ставить свой прогноз на основании одного какого-либо признака необосновано. Тяжесть заболевания определяется всем симптомокомплексом эклампсии. Причем мы большее значение придаем наблюдению за развитием процесса: нарастание ряда симптомов говорит о тяжести поражения, затихание их говорит об обратном.

Мы придаем большое значение наблюдению за функцией почек, за высотой кровяного давления, за частотой и длительностью припадков и за сознанием больных. Для определения состояния почек при эклампсии наибольшее значение имеет мочеотделение: нарастающая олигурия, переходящая в анурию, свидетельствует о прогрессировании эклампсии.

Как уже указывалось, абсолютная величина кровяного давления не имеет большого значения. Иногда тяжелые случаи, сопровождающиеся поражением печени, проходят при сравнительно невысоком кровяном давлении; невысокое кровяное давление может быть и при падении сердечной деятельности. Большее значение имеет динамика кровяного давления. Стабильность его или понижение являются благоприятными признаками; дальнейшее же нарастание—безусловно тяжелое предзнаменование.

Часто следующие друг за другом длительные припадки, в большинстве случаев, наблюдаются при тяжелом течении процесса. Еще более грозным предзнаменованием является длительная кома больных, как правило, свидетель-

ствующая о глубоком поражении центральной нервной системы.

Из реже встречающихся симптомов особенно неблагоприятно появление желтухи, указывающей на далеко зашедшие, в большинстве случаев, необратимые поражения печеночной ткани.

Что касается припадков, то обычно смертность идет параллельно числу припадков. На нашем материале мы получили безусловное подтверждение этому обстоятельству. Но прогностическое значение количества припадков выводится лишь после того, как случай так или иначе закончится; предвидеть же во время эклампсии количество припадков, конечно, невозможно, поэтому клиническое значение количества припадков очень ограничено, имеет лишь значение учащение припадков и большая их длительность, что является обычно плохим предзнаменованием. Тяжелым симптомом является и постоянное бессознательное состояние в промежутках между припадками.

Совокупность указанных признаков, в большинстве, помогает разобраться в характере данного случая. Увеличение количества мочи, понижение кровяного давления, спадение волны припадков, уменьшение их интенсивности, пробуждение больных в промежутки между припадками указывают на улучшение процесса. Прогрессирующая олигурия, нарастание кровяного давления, учащение и усиление припадков, длительное коматозное состояние, ухудшение пульса, явления отека легких — моменты, значительно омрачающие прогноз. Особенно грозным симптомом, как уже указывалось, является наличие желтухи. Подробное наблюдение за течением процесса, тщательный контроль за всеми указанными моментами оказывают ценные услуги для прогностической оценки каждого случая.

Дифференциальный диагноз бессудорожной эклампсии обычно не представляет затруднений. Основное заболевание, от которого приходится отличать эту форму эклампсии, — обострившийся хронический и острый нефрит. При остром нефрите в осадке мочи имеется значительное количество клеток почечного эпителия, зернистые и эпителиальные цилиндры; в более тяжелых случаях — эритроциты и эритроцитные цилиндры; в анамнезе — недавно перенесенное инфекционное заболевание. При хроническом нефрите белок в моче достигает небольших количеств или даже вовсе отсутствует; в осадке имеются преимущественно гиалиновые цилиндры; помимо них, нередко встречаются зернистые цилиндры и клетки почечного эпителия. Количество мочи может быть повышено, удельный вес ее — понижен. Отеки мо-

гут отсутствовать или, наступив позже, локализоваться в серозных полостях. Количество азота в крови задерживается. Помимо повышения кровяного давления, при хроническом нефрите нередко встречаются расширение сердца, особенно левого желудочка, и акцент на втором тоне аорты.

С судорожной и коматозной формами эклямпсии сходен ряд заболеваний, сопровождающихся указанными симптомами.

Эпилептические припадки по своему характеру очень сходны с припадками эклямпсии. Наличие в анамнезе припадков и вне беременности, быстрое возвращение сознания после припадка, отсутствие белка в моче, отсутствие отеков, нормальное кровяное давление и нормальное глазное дно являются характерными для эпилепсии. Количество и частота припадков не имеют диагностического значения, ибо эпилептические припадки, наступающие при беременности, могут быть так же часты, как и при эклямпсии. Jardine, например, насчитал в одном случае эпилепсии 774 припадка.

Истерия также в очень редких случаях может имитировать эклямпсию. Приступы возбуждения, судороги, сопровождающиеся или не сопровождающиеся потерей сознания, могут в первый момент вызвать мысль об эклямпсии. Однако отсутствие указанных выше симптомов эклямпсии и наличие отличительных признаков истерии (сохранение чувствительности, отсутствие резкого цианоза во время припадков, сохранение роговичного и зрачкового рефлексов, отсутствие прикусывания языка) помогут выяснить истинное положение вещей. При истерическом припадке, в противовес эклямптическому, ноги принимают активное участие. По З а х а р ч е н к о стопа приходит в положение *res equinus*; остальные же сегменты проделывают движения, напоминающие езду на велосипеде или движения ног у грудных детей; иногда имеет место частое вскидывание ног кверху, сведение их или разведение.

При у р е м и и обычно не бывает таких часто повторяющихся припадков, как при эклямпсии. Потеря сознания при последней обычно наступает сразу после припадка или даже без него. При уремии же сначала появляется сонливость, которая, постепенно усиливаясь, переходит в кому. Припадки, если они и есть, редко достигают такого количества и такой частоты, как при эклямпсии. В анамнезе таких больных отмечается длительное заболевание почек, чаще всего интерстициальный нефрит; количество азота в крови резко повышается.

При м е н и н г и т а х, сопровождающихся иногда двигательным возбуждением и бессознательным состоянием,

имеется характерная ригидность затылочных мышц и симптом Кернига. Ценные услуги в диагностическом отношении оказывает спинномозговая пункция, при которой обнаруживаются повышенное давление и помутнение спинномозговой жидкости, содержащей повышенное количество белка и форменные элементы.

Диабетическую кому, прерывающуюся иногда судорогами, обычно трудно смешать с экламптическими припадками. При диабете мы имеем повышенное количество сахара и крови в моче, характерный запах яблок изо рта, ацетон, ацетонукусную кислоту в моче.

Длительные наблюдения над женщинами, перенесшими эклампсию, обнаружили, что полное восстановление в ряде органов идет довольно медленно и наступает лишь много месяцев спустя после заболевания.

Интересно отметить тот факт, что между бессудорожной формой эклампсии („эклампсизм“ ряда авторов) и судорожной формой нет никакой разницы в отношении быстроты полного исчезновения всех объективных и субъективных симптомов, сопровождающих эклампсию. Альбуминурия, повышенное кровяное давление, цилиндрурия, головные боли и т. д. после бессудорожной эклампсии делятся почти столько же и одинаково часты, как и при судорожной форме эклампсии.

В известном проценте случаев приходится считаться и с повторной эклампсией при последующих беременностях. По статистическим данным, повторная эклампсия наблюдается, в среднем, в 2,3—3%; по сводной статистике Селицкого в 2756 случаев, она наблюдалась в 2,7%. В большинстве процент повторных эклампсий вычисляется по отношению ко всем случаям, перенесшим эклампсию; это, конечно, не дает ясного представления об истинном положении вещей. Правильный вывод может быть сделан лишь тогда, когда повторная эклампсия будет исчисляться только по отношению к забеременевшим вновь экламптичкам. Сгруппировав ряд данных, высчитывающих процент повторной эклампсии по отношению ко всем экламптичкам, мы получим на 2012 обследованных случаев всего 42 повторных эклампсии, т. е. 2%. Рассматривая же число случаев повторных эклампсий только среди вновь забеременевших экламптичек, получим значительно большие цифры. На 131 случай повторная эклампсия наблюдалась в 57 случаях, т. е. в 43,5%, из них судорожная форма в 20 случаях (15,2%) и бессудорожная в 37 случаях (28,2%). Эти данные красноречиво говорят о том, что повторная эклампсия встречается значительно чаще, чем это принято думать, и что женщины, перенесшие

эклампсию, забеременев вновь, требуют самого внимательного и тщательного наблюдения.

Известны случаи многократного повторения эклампсии у одной и той же беременной; в литературе описаны 3 случая 4-кратной эклампсии и 16 случаев 3-кратной (Schack).

Вопреки мнениям Селицкого, Büttner'a, повторная эклампсия протекает, повидимому, не легче, чем эклампсия, наступающая впервые. Steiniger сообщает о 20,5% смертности при повторной эклампсии; случай тяжело протекавшей повторной эклампсии приводит и Николаев.

Течение эклампсии во всех ее проявлениях требует самого внимательного к себе отношения. Это заблуждение, само по себе очень серьезное, сопровождается нередко еще рядом тяжелых осложнений. Ни одно из проявлений эклампсии не должно пройти мимо нашего внимания, указывая нам на состояние организма и намечая пути для наших лечебных мероприятий.

Тщательное наблюдение за течением процесса и за его малейшими отклонениями, обоснованная терапия, щепетильный больничный уход—вот в чем залог успеха лечения эклампсии в тех случаях, где профилактические мероприятия не смогли предотвратить развитие этого грознейшего осложнения беременности.

Лечебные методы, применяющиеся при эклампсии, имеют целью, во-первых, купировать дальнейшее нарастание свойственных эклампсии изменений; во-вторых, они направлены на ликвидацию происшедших уже изменений. Если бы мы в каждом отдельном случае эклампсии знали, до какого предела дошли изменения отдельных органов, было бы целесообразнее направить наши мероприятия на ликвидацию указанных изменений. Поскольку же при современном уровне наших знаний мы не имеем возможности определить ту стадию, до которой указанные изменения продвинулись, наши мероприятия направляются на уничтожение последнего звена — отека тканей и ишемии органов. В этом отношении наиболее подходящим методом является применение сернокислой магнезии, обладающей высокими гигроскопическими свойствами. Как показали исследования, произведенные в нашей клинике докторами Булич и Пеньковым, вскоре после введения сернокислой магнезии значительно повышается диурез, уменьшаются или исчезают отеки, понижается вязкость крови, уменьшается ее удельный вес и количество сухого остатка. Эти факты с несомненностью свидетельствуют о том, что под влиянием сернокислой магнезии жидкость освобождается из тканей и поступает в кровяной ток. Благодаря этому кровообращение улучшается, ишемия органов исчезает, напряжение в тканях ликвидируется.

Начальные формы бессудорожной эклампсии, сопровождающиеся наличием незначительного отека, некоторым повышением кровяного давления (135—140), альбуминурией, мы лечим сернокислой магниезией в комбинации с определенным диетическим режимом. 3-проц. раствор сернокислой магниезии, профильтрованный через вату или через пропускную бумагу, подогретый до 38°, вводится в прямую кишку в количестве 100 см<sup>3</sup> дважды в день в продолжение 5—6 дней. При появлении раздражения прямой кишки делается перерыв на 2—3 дня, после чего введение сернокислой магниезии продолжается до стойкого падения кровяного давления до нормальных величин.

Одновременно с этим рекомендуется ограничивать прием белков, жиров: запрещается красное мясо, рыбные, мясные копчения и консервы; количество потребляемой поваренной соли доводится до 7 г в день. При прогрессировании явлений бессудорожной эклампсии при дальнейшем нарастании отеков, при дальнейшем повышении кровяного давления до 160—170 мм, при уменьшении диуреза, мы рекомендуем вовсе прекратить прием белков, запрещая яйца, мясо, сыр, творог и ограничивая прием поваренной соли до 1 г в день. Другими словами, больная переводится на молочно-растительную, фруктовую, безбелковую и почти бессолевую диету. Одновременно назначается сернокислая магниезия в клизмах.

При дальнейшем прогрессировании заболевания в случае, когда к указанным выше симптомам присоединяются головные боли, расстройство зрения, тошнота, рвота, боли под ложечкой, целесообразнее всего больную направить в стационар. Ей предписывается постельный режим, безбелковая, бессолевая пища, ограничивается прием жидкости до 3 стаканов в день; сернокислая магниезия вводится интрамускулярно по 25 см<sup>3</sup> 30-проц. раствора дважды в день. Длительность лечения зависит от течения процесса. При улучшении процесса внутримышечное введение сернокислой магниезии заменяем назначением 3-проц. раствора в клизмах. Введение сернокислой магниезии прекращаем тогда, когда спадают отеки, повышается диурез, исчезают головные боли и расстройства зрения и кровяное давление приближается к норме.

Сравнивая данные, полученные от лечения бессудорожной формы эклампсии одной диетой, с данными при лечении диетой в комбинации с сернокислой магниезией, обнаруживаем бесспорные преимущества последнего метода. 76 случаев бессудорожной формы эклампсии, леченных назначением диеты, дали улучшение лишь в 54%. В остальных случаях наблюдалось ухудшение процесса, причем у 26,3% больных появились припадки эклампсии. Из 74 же случаев, леченных

диетой в комбинации с сернокислой магнезией, улучшение наблюдалось во всех случаях, за исключением одного, закончившегося припадками; но и в этом случае больная прекратила применение назначенного лечения за месяц до наступления припадков.

Есть предложение лечить бессудорожную форму эклампсии голодом и жаждой в течение 2 дней; при этом больные должны обязательно госпитализироваться. Лечение голодом и жаждой трудно переносится больными, и по своим результатам несколько не превосходит принятую нами методику.

Что касается лечения судорожной и коматозной форм эклампсии, то имеющиеся по этому поводу взгляды можно разбить на 3 группы. Одни акушеры являются сторонниками так называемой активной терапии, настаивая на необходимости немедленно опорожнить матку в каждом случае эклампсии: при достаточном открытии извлечением плода через влагалище, при недостаточном открытии и во время беременности путем кесарского сечения. Другая группа является сторонником консервативной терапии, настаивая на том, что каждый случай эклампсии должен лечиться консервативно, не являясь показанием для ускорения родов. 3-я группа придерживается средней линии поведения и советует поступать следующим образом: в тяжелых случаях быстро опорожнять матку, в легких же случаях начать консервативную терапию и только в случае неуспеха перейти на активную.

Изучая большой статистический материал, следует сказать, что наибольший успех мы имеем от консервативной терапии. Доктор Пеньков, наш ассистент по Ташкентской клинике, обработавший материал в 2925 случаев, в которых применялась активная терапия, выявил очень высокий процент смертности, равный 14,6; в 3977 случаях терапии средней линии получилась смертность, равная 13,6%; наименьшая смертность в 8,4% получилась на 4762 случая эклампсии, леченных консервативно. Следует указать, что взгляды клиницистов на лечение эклампсии меняются на протяжении их деятельности: нередко сторонники активной терапии, изменяя свой взгляд, рекомендуют консервативную терапию, и, наоборот, — сторонники консервативной терапии в дальнейшем высказываются за быстрое родоразрешение при эклампсии.

Наша клиника, придерживавшаяся раньше терапии средней линии, в последние годы при эклампсии применяет исключительно консервативное лечение. До последнего времени самым распространенным консервативным способом лечения эклампсии был метод Строганова.

Профессор Стрoганов, помимо тщательного ухода за экламптичками, применяет значительные дозы наркотических веществ. Согласно его схеме больная, по поступлении в родильное учреждение, помещается в сухое, теплое, хорошо проветриваемое, затемненное, удаленное от шума помещение. Наружное обследование и все манипуляции производятся под общим хлороформным наркозом. После каждого припадка большой дается кислород. При упадке сердечной деятельности назначаются сердечные. В тяжелых случаях производится кровопускание до 400 см<sup>3</sup>. При открытии зева у многорождающих на 2 пальца, а у первородящих на 3 пальца разрывают пузырь. При достаточном открытии и при наличии соответствующих условий плод извлекается через влагалище. У коматозных больных в прямую кишку вводят до 1000 см<sup>3</sup> жидкости (молоко, физиологический раствор).

Схема назначения наркотиков, по Стрoганову, такова: сразу после поступления больной вводится 1—1½—2 см<sup>3</sup> 1-проц. раствора морфия. Через 1 час от начала лечения вводится 1,5—2,5 г хлорал-гидрата, при сознании — per os, при бессознательном состоянии — per rectum.

Через 3 часа от начала лечения — инъекция 0,01—0,02 морфия.

Через 7—13—21 час от начала лечения вводится хлорал-гидрат в указанной выше дозе.

Доза морфия и хлорал-гидрата зависит от тяжести случая и физического развития больной. Хлорал-гидрат вводится с молоком и физиологическим раствором в 10-проц. разведении.

Приведенная схема, являясь вполне приемлемой в отношении ухода за больной, имеет тот недостаток, что при ней вводятся наркотические вещества — хлорал-гидрат и морфия, угнетающие и без того пониженное мочеотделение и вредно влияющие на многие паренхиматозные органы. Поэтому мы, как и целый ряд других клиник, охотно применяя принцип Стрoганова в отношении общего ухода, отказались от применения наркотических веществ.

Наша клиника отдает предпочтение сернокислой магнезии, которая, как указывалось выше, обладает высокими гигроскопическими свойствами. Некоторые авторы, помимо этого, приписывают ей и болеутоляющий эффект; другие же считают ее антагонистом инкретов задней доли гипофиза, количество которых, как известно, при эклампсии повышено.

Образ действий, применяемый нами при судорожной форме эклампсии, таков: больная сразу же помещается в удаленное от шума, затемненное,



теплое, хорошо проветриваемое помещение и поручается неотступному наблюдению специального персонала. Больной дается общий эфирный наркоз, под которым производится акушерское обследование, берется моча на исследование, измеряется кровяное давление и вводится внутримышечно  $25 \text{ см}^3$  30-проц. раствора сернокислой магнезии. Инъекции сернокислой магнезии повторяются до 4 раз в сутки в зависимости от тяжести процесса. Если после 2-й или 3-й инъекции сернокислой магнезии припадки не прекращаются, коматозное состояние продолжается, производится кровопускание в количестве  $800 \text{ см}^3$ . Объемное количество крови в опустевшей при кровопускании сосудистой системе восстанавливается также за счет жидкости, поступающей из тканей; таким образом и кровопускание уменьшает тканевой отек и разжижает кровь, улучшая кровообращение. В тяжелых случаях после 4-й инъекции сернокислой магнезии производится вторичное кровопускание до  $300 \text{ см}^3$ . В подавляющем большинстве случаев к кровопусканию прибегать не приходится. Обычно введение сернокислой магнезии купирует припадки и больная начинает приходить в себя. Повторное кровопускание нами применялось в исключительных случаях.

Для предупреждения пневмоний больной назначаются банки, и она поворачивается персоналом с боку на бок; рот и нос очищаются от скопившейся слюны и рвотных масс. Во время припадка для предотвращения прикусывания языка между зубами вставляется либо резиновый клин, либо ручка металлической ложки, обернутой несколькими слоями марли. Для того чтобы предотвратить аспирацию содержимого ротовой полости, голова больной после припадка должна лежать низко или даже несколько свешиваться с кровати. На область почек назначается тепло либо в виде согревающих компрессов, либо в виде грелок. При падении сердечной деятельности назначаются камфара и кофеин. В тех случаях, когда больная на 2-е сутки не совсем еще приходит в себя, вводится глюкоза (5-проц. раствор  $300-500 \text{ г}$ ) подкожно; питье и еда запрещаются до полного появления сознания у больной. При коматозном состоянии проводится абсолютное голодание; при прояснении сознания сначала дают небольшие количества воды и теплого чая, ограничивая их количество, затем, когда сознание полностью возвращается, назначается бессолевая и безбелковая диета, которая дается приблизительно с 3-го дня. При наличии полного открытия и соответствующих условий мы ускоряем извлечение плода лишь по специальным показаниям со стороны плода или матери. Эклямпсия сама по себе в нашей клинике не служит показанием для ускорения родов.

Лечение сернокислой магниезией судорожной формы эклямпсии, на нашем материале, оказалось более успешным, чем все другие. Способ Строганова, по данным Воронежа и области, дал 7,8% смертности, кесарское сечение — 16,7% смертности, лечение сернокислой магниезией, по данным Воронежа и Ташкента, дало на 58 случаев—2 случая смерти. Доктор Патушинская, разработав материал в 521 случай лечения сернокислой магниезией, установила общую смертность, равную 3,8%.

Лечение сернокислой магниезией, помимо других преимуществ, отличается крайней простотой. Одно время мы вводили сернокислую магниезию подкожно в количестве 200 см<sup>3</sup> 3-проц. раствора на 5-проц. глюкозе. Получив в некоторых случаях раздражение, болезненность в месте инъекции, мы от подкожного введения отказались. Не советуем пользоваться и внутривенными инъекциями, так как при этом могут наблюдаться явления шока, для купирования которых приходится вводить внутривенно 10-проц. раствор хлористого кальция.

Можно иметь готовые ампулы 30-проц. раствора сернокислой магниезии для внутримышечных инъекций. В случае их отсутствия раствор можно готовить самому, простерилизовав его кипячением. Необходимо пользоваться исключительно кристаллической магниезией, которую можно приготовить самому следующим образом:

В колбе, емкостью около 300 см<sup>3</sup> в 100 см<sup>3</sup> воды растворяют 150 г обычной сернокислой соли магния, которая употребляется как слабительное. Колба при помешивании нагревается до кипения. Тем временем на спиртовке подогревается воронка; в горячую воронку вкладывают фильтр и туда выливается из колбы горячий раствор MgSO<sub>4</sub>. Воронка подогревается для того, чтобы на фильтре при охлаждении не оседала соль и не мешала фильтрации. Фильтрат собирается в стакан, находящийся в холодной воде, которая меняется. При охлаждении и помешивании чистой стеклянной палочкой из фильтрата выпадает около 80 г кристаллической MgSO<sub>4</sub>. Фильтрат вместе с кристаллами фильтруется еще раз, затем фильтр, на котором осели кристаллы, осторожно разворачивается и выжимается несколько раз между 5—6 слоями фильтровальной бумаги. Затем кристаллы оставляют сохнуть на сутки в сухом помещении, покрыв их бумагой от пыли. Получаются мелкие белые кристаллы химически чистого MgSO<sub>4</sub>, которые в необходимом количестве и любой концентрации можно готовить для подкожных, внутримышечных и внутривенных вливаний.

Профилактика эклямпсии заключается в тщательном обследовании всех беременных, обращающихся в

консультацию. Для того чтобы выявить начальные признаки эклампсии, консультация обязана не реже 1 раза в месяц, а в последние месяцы не реже 2 раз в месяц, производить общий анализ мочи и измерять кровяное давление. Помимо появления отеков на нижних конечностях, лице, консультация должна уметь во-время обнаруживать скрытые отеки. С этой целью беременная со 2-й половины беременности регулярно взвешивается. Прибавление в весе более 400 г в неделю указывает на задержку жидкости в тканях, т. е. на появление скрытых отеков. Помимо этого, врачи консультации должны у каждой больной осведомляться о наличии или отсутствии явлений, указывающих на повышение внутричерепного давления: головных болей, расстройства зрения, тошноты и рвоты.

Поступая таким образом и беря под наблюдение все случаи с кровяным давлением выше 135, врач не просмотрит начинающуюся эклампсию. Назначив указанное выше лечение, в большинстве случаев удастся приостановить дальнейшее нарастание явлений эклампсии и предупредить наступление припадков.

Широкая сеть консультаций в нашей стране дает нам полную возможность при внимательной работе персонала свести количество судорожных эклампсий до минимума.

### Острая желтая атрофия печени.

Как показывает само название, речь идет о заболевании остро протекающем, сопровождающемся глубокими изменениями в печени. Печень в таких случаях может уменьшиться в 2—3 раза, принимает глинистый цвет и при микроскопическом исследовании оказывается резко перерожденной. В некоторых случаях острая желтая атрофия печени сопровождается непрерывно нарастающими явлениями токсикозов. В других же более частых случаях она развивается остро. Нередко до появления признаков острой желтой атрофии у больной появляется желтуха при некоторой болезненности в области печени. Затем явления начинают быстро нарастать. Больная находится в резком возбуждении, которое, однако, быстро сменяется сопорозным или коматозным состоянием, в котором больная в течение 3—4 дней погибает. При объективном исследовании печень оказывается резко уменьшенной, болезненной при пальпации. Желтуха быстро прогрессирует. В моче обнаруживаются лейцины и тирозин. Подавляющее большинство случаев острой желтой атрофии заканчивается летально.

Лечение заключается в том, что при появлении желтухи в конце беременности больная помещается в стационар

для выяснения причины icterus'a и для наблюдения; при наличии первых признаков прогрессирования заболевания медленно опорожняется матка. В далеко зашедших случаях опорожнение матки не спасает больную.

### Неукротимая рвота беременных.

Как известно, многие случаи беременности сопровождаются в первые месяцы тошнотой и рвотой. Обычно, указанные явления, постепенно уменьшаясь, вовсе прекращаются с 3-го или 4-го месяцев беременности. В других случаях тошнота и рвота переходят в патологическое состояние, вызывая в организме беременной целый ряд расстройств. В этих случаях рвота учащается, появляясь 10—20 и больше раз в день. Дело может дойти до того, что больная не в состоянии принять ни 1 г пищи и жидкости. Помимо истощения при этом обнаруживается целый ряд других признаков: резкое падение в весе, уменьшение количества гемоглобина, сухость кожи, неприятный запах изо рта. В тяжелых случаях к указанным явлениям присоединяются наличие белка в моче, желтушность, незначительные повышения температуры, появление ацетона, ацетонно-уксусной кислоты, а в далеко зашедших случаях — лейцина и тирозина в моче.

Причинного лечения неукротимой рвоты не существует. Наши мероприятия должны быть направлены на уменьшение рвоты, на возмещение тех веществ, которые удаляются со рвотными массами и на подвоз питательного материала к истощенному организму. Целесообразнее всего больную изъять из домашней обстановки и перевести в стационар. Нередко это одно уже приносит значительное облегчение. 1-й прием пищи должен совершаться в постели. Лучше переносится холодная пища по вкусу больной, принимаемая небольшими порциями. В тяжелых случаях целесообразнее назначить больной 2-дневное голодание, после чего постепенно приступить к подвозу сначала жидкой, а потом и твердой пищи. В тех случаях, когда больная в течение нескольких дней не усваивает пищи, назначаются питательные клизмы. Для уменьшения рвоты больной дается Sol acidii muratici 4,0 — 200,0 по пол чайной ложке на прием 3 раза в день, cocaini hydrochlorici 0,03, 3 раза в день, orexini basici по 0,3 3 раза в день, ментол по 0,3 на прием. Чтобы возместить теряемую при рвоте соляную кислоту, мы ежедневно вводим больной в вену по 5—10 см<sup>3</sup> 10-проц. раствора поваренной соли. В большинстве случаев при таком методе лечения нам удается довести беременность до 3—4-го месяца, на котором рвота прекращается. Некоторые авторы рекомендуют

вводить хлористый кальций в вену (10-проц. раствор по 10 см<sup>3</sup>), фоликулин подкожно, применять аутогемотерапию, лошадиную сыворотку и т. д. Мы успеха от последних мероприятий не видели. Для возмещения больших потерь жидкости, удаляемой со рвотными массами, мы назначаем большой 5-проц. глюкозу, которую вводим в количестве 300—500 г либо подкожно, либо per rectum. В некоторых тяжелых случаях получали эффект при комбинированном введении глюкозы с инсулином. Последний вводится ежедневно, 1-й раз в количестве 5 единиц. Повышая дозу инсулина ежедневно на 1 единицу и доведя ее до 10 единиц, в последующие дни вводим указанное количество. За 20 мин. до введения инсулина вводим подкожно от 500 до 1000 г — 5-проц. раствора глюкозы.

Как уже указывалось, обычно нам удается прекратить неукротимую рвоту. Если же, несмотря на все наши мероприятия, процесс ухудшается, больная падает в весе, количество гемоглобина уменьшается, появляются желтуха, субфебрильная температура, альбуминурия, ацетон в моче, приходится прибегать к прерыванию беременности: опорожнение матки, произведенное своевременно, ведет к излечению. Необходимо, однако, помнить, что некоторые больные, не желая сохранить беременность, симулируют до некоторой степени это заболевание, категорически отказываясь от приема пищи. Однако настойчивое применение и в этих случаях наших лечебных мероприятий убедит больную в бесполезности ее образа действий и быстро поведет к успеху.

Слюнотечение редко достигает таких размеров, что нуждается в лечении. Часто чрезмерное слюнотечение является спутником неукротимой рвоты, на лечении которой мы только что остановились. Кроме того, назначаются вяжущие полоскания (*t-ra rathaniae*, *t-ra myrrhae* ana 25,0 по 15 капель на  $\frac{1}{2}$  стакана воды), *atropini sulfurici* 0,0005—0,001 на прием 2—3 раза в день.



Рис. 209. Herpes у беременной (Бренд).

Дерматозы. При беременности могут наблюдаться различные поражения кожи: эритематозные сыпи, зуд, экземы, herpes (рис. 209), и очень тяжелое, чаще всего смертельное заболевание — impetigo herpetiformis. Дерматозы с успехом лечатся подкожным введением нормальной лошадиной сыворотки, внутримышечными инъекциями сернокислой магнезии (по 30 г 25-проц. раствора); хорошие отзывы имеются о результатах подкожного введения 10—20 см<sup>3</sup> сыворотки беременных. Одновременно с этим необходимо урегулировать питание, ограничив прием белков, пряностей и жиров, и добиться регулярного опорожнения кишечника. При impetigo herpetiformis показано немедленное прерывание беременности.

## ПОСЛЕРОДОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

### Пуерперальная инфекция.

Среди послеродовых заболеваний особое значение для акушера и по своей частоте и по тяжести течения имеет пуерперальная инфекция. К послеродовым лихорадочным заболеваниям мы относим все те случаи, когда в послеродовом периоде было хотя бы однократное повышение температуры выше 38°.

Еще не так давно многие акушеры предлагали отличать послеродовую сапрению от настоящей послеродовой инфекции. Под послеродовой сапренией понимали процессы, вызываемые сапрофитами, не вирулентными микробами, размножающимися только на мертвых тканях. Под пуерперальной инфекцией понимали заболевания, вызываемые микробами, размножающимися в живых тканях. Когда несостоятельность такого деления стала очевидной, было предложено различать пуерперальную бактериальную интоксикацию и пуерперальную бактериальную инфекцию. К пуерперальной бактериальной интоксикации относят те случаи, когда симптомы заболевания вызываются не самими микроорганизмами, а их токсинами, поступающими в кровь. Под пуерперальной бактериальной инфекцией подразумевают заболевания, вызываемые микробами, проникающими в ткани родильниц и там размножающимися. Такая классификация, мало отличающаяся от предыдущей, не отвечает нашим современным понятиям об инфекционном процессе. Известно, что:

1. Бактерии, которые при одних условиях являются мало вирулентными, не проникающими в глубжележащие ткани, при других условиях у того же человека могут в дальнейшем резко повысить свою вирулентность.

2. Тщательные бактериологические исследования лихорадящих родильниц обнаружили в подавляющем большинстве случаев микробы у них в крови даже тогда, когда заболевание трактовалось как пуерперальная интоксикация. Мало того, Кулька (1933 г.), исследуя кровь родильниц с нормальным послеродовым течением, в 50% случаев обнаружил в первые 3 дня послеродового периода микробы в крови; следовательно, нет никаких данных считать, что микробы, вне-

дряясь в человеческий организм, могут действовать только своими токсинами, не попадая в общий круг кровообращения.

3. В случаях, когда микробы проникают в ткани организма и там размножаются, т. е. в тех случаях, когда по указанной классификации мы могли бы говорить о пuerперальной бактериальной инфекции, большинство симптомов все-таки вызываются продуктами жизнедеятельности микробов, их токсинами.

Таким образом, мы не имеем никаких оснований различать интоксикацию от инфекции. Во всех случаях мы имеем дело с инфекцией. Тяжесть процесса и характер симптомов зависит и от вирулентности микробов, и от места их внедрения, и от иммунных свойств организма. Другими словами, характер и тяжесть послеродового заболевания зависит от взаимодействия микро-и макроорганизма. Мало вирулентный для одного организма микроб может оказаться высоко вирулентным для другого и наоборот; микроб, вначале мало вирулентный, в дальнейшем может резко повысить свою вирулентность и, наоборот, вирулентный микроб в дальнейшем под влиянием иммунных веществ организма, может значительно ослабить свои патогенные свойства. Это еще более утверждает нас в том мнении, что мы не имеем никаких оснований отличать бактериальную интоксикацию от бактериальной инфекции.

Вопрос о послеродовой инфекции, или как ее называют иначе — „послеродовая лихорадка“, „родильная горячка“ — далеко не нов. В XVII веке наблюдалось 176 настоящих эндемий послеродовой инфекции, причем из этих 176 эндемий 129 падают на крупные родильные учреждения, в которых скопилось большое количество родильниц. Послеродовая смертность в некоторых учреждениях до антисептического периода достигала колоссальных цифр — в 10—15%, а иногда и 40%. Еще в конце XVIII столетия американец Райт (1773 г.) и Тенон (1788 г.) высказывали мысль о контагиозности, как говорили тогда, послеродовых заболеваний. Не имея понятия о возбудителях, они предполагали, что какой-то контагий передается по воздуху. О непосредственном контагии, о передаче возбудителей одного человека другому они тогда еще не имели представления. Выдвигая вопрос о контагиозности послеродовых заболеваний, они требовали изоляции лихорадящих родильниц, и надо сказать, что это мероприятие, проведенное в Париже, сразу снизило послеродовую смертность с 9,3 до 2,3%.

Однако сущность послеродовой инфекции стала нам ясна со времени венского врача Земмельвейса, который в 1847 г. предложил способ предупреждения распространения



послеродовых заболеваний. Земмельвейс работал в Венском родильном доме. В одном отделении этого учреждения обучались акушерки, в другом отделении обучались студенты. Послеродовая инфекционная смертность в 1-м отделении составляла 2—2 $\frac{1}{2}$ %; во 2-м отделении, где обучались студенты, смертность, в среднем, составляла 7—8%, а иногда повышалась и до 40%. Такой наблюдательный человек, каким был Земмельвейс, не мог пройти мимо этого парадоксального, на первый взгляд, факта. Несчастный случай помог ему найти объяснение этому явлению. Венский патолого-анатом и судебный медик Колечка, вскрывая труп умершей от инфекции родильницы, ранил палец, заразился и погиб при тех же явлениях, при каких погибали родильницы в венском родильном доме. При вскрытии трупа Колечка в его органах были обнаружены изменения, аналогичные находимым в трупах умерших родильниц. На основании этого факта Земмельвейс сделал логичный вывод, что, повидимому, в трупах родильниц имеется какой-то яд, опасный для других здоровых родильниц; так как студенты одновременно работали и в анатомическом театре и в родильных учреждениях, то Земмельвейсу стало понятным, что они своими руками переносят яд от умерших родильниц на здоровых. Сделав такой вывод, Земмельвейс предложил обеззараживать все то, что приходит в соприкосновение с роженицами и родильницами — инструменты, материал, руки персонала. Для обеззараживания он предложил хлорную воду или раствор хлорной извести. Это невинное мероприятие сразу дало блестящий эффект, снизив смертность в отделении, где работали студенты, до 2—1 $\frac{1}{2}$ %. Логичные рассуждения Земмельвейса и полученные им результаты не могли убедить его современников в правоте высказанного им положения, и он окончил свою жизнь, не будучи признанным, в психиатрической больнице. Но это нисколько не умаляет его заслуг; мы имеем полное основание считать отцом акушерской антисептики Земмельвейса, который жил в доантисептическую эпоху, когда не имели еще понятия о микробах и об их морфологических и биологических свойствах.

Изучение послеродовых заболеваний, собственно говоря, началось со времени открытия Пастером в 1879 г. возбудителей родильной горячки — стрептококков. Учение Листера, который положил в основу антисептики исследования Пастера, оказало могучее влияние на развитие дальнейшего акушерства и на снижение послеродовой заболеваемости и смертности.

Частота послеродовых заболеваний после Листера уменьшилась почти в 10 раз. В Лейпцигской клинике после-

родовая заболеваемость в 1887 г. составляла 39,6%, а в 1916 г. — 3,8%. Смертность от родильной горячки в парижских учреждениях в 1858—1869 гг. составляла 9,3%, а в 1902—1921 гг. — 0,38%, т. е. почти в 25 раз меньше.

Послеродовая заболеваемость в современных учреждениях колеблется от 4 до 10%, а послеродовая смертность от 0,1 до 0,3%. Херфф, на материале 33 клинических учреждений, исчисляет в 1906 г. послеродовую септическую смертность, равную 0,3%. Хаскин, обследовавший ленинградские родильные учреждения, исчисляет послеродовую заболеваемость в 8,8%, а послеродовую смертность в 0,15% (1932 г.), 0,14% (1931 г.). По Леви (1933 г.), смертность в лучших учреждениях РСФСР колеблется от 0,1 до 0,2%; средняя послеродовая смертность по РСФСР составляет 0,3%. Мы в Воронежской клинике на 2105 родов в 1936 г. имеем послеродовую септическую заболеваемость, равную 8,6%; послеродовая септическая смертность составляет 0,1%.

Приведенные цифры резко отличаются от того, что мы имели в доантисептическое время; но если принять во внимание количество родов в год, мы получим очень большое число женщин, погибающих от послеродовой инфекции. Чем же объяснить, что в наше время с большой сетью прекрасно организованных родовспомогательных учреждений мы не в состоянии добиться нуля послеродовой смертности, чем объяснить, что самые благоустроенные учреждения, руководимые выдающимися акушерами, не избавлены от послеродовой инфекции? Объясняется это, повидимому, несколькими факторами. Во-первых, нельзя исключить возможность „самозаражения“. Инфекция на раневую поверхность, возникающая после родов, в подавляющем большинстве, конечно, заносится извне. Но, повидимому, в известном, очень небольшом проценте случаев, имеет место и аутоинфекция. Как известно, влагалище беременной и родильницы не стерильно; в известном проценте случаев влагалище даже содержит патогенные микробы, стрептококки, стафилококки, кишечную палочку и т. д. Даже не-вирулентные во время родов микробы под влиянием благоприятствующих факторов, какими являются кровянистые выделения, температура тела, наличие раневой поверхности, могут повысить свою вирулентность и послужить источником послеродовой инфекции. В этом нас убеждают исследования Натвига и Вегелиуса и опыты Кюстнера, которому удалось непатогенные микробы, помещенные на некоторое время в настой из плаценты, переводить в патогенные, резко вирулентные возбудители. Во-вторых, возможно и занесение инфекции руками самой родильницы. Иногда можно наблюдать, что мало культурная роженица, которой уделяется не-

достаточно внимания, сама себя исследует, касаясь руками либо наружных половых органов, либо входя руками во влагалище. Такое „внутреннее исследование“ может стоить жизни родильнице, ибо при нем она заносит во влагалище имеющиеся микробы на пальцах, либо продвигает в него микробы, находящиеся на наружных половых органах и вблизи заднепроходного отверстия.

В-третьих, может иметь место и так называемая ф о к а л ь н а я инфекция, при которой микробы из какого-либо отдаленного очага по току крови или лимфы переносятся на раневую поверхность половых органов и служат причиной послеродовой инфекции. Правда, наблюдения показали, что открытые гнойники в организме беременной, фурункулы, развивающиеся во время беременности, не так опасны, как нагноительные процессы, развивающиеся в послеродовом периоде. Безусловное значение имеют заболевания гриппом и ангиной.

В четвертых, выясняя причины послеродового заболевания в каждом отдельном случае, необходимо не упускать из виду и того обстоятельства, что половое сношение незадолго до родов может быть причиной тяжелейшего послеродового заболевания. Я вспоминаю случай, который наблюдал несколько лет тому назад в Ташкенте. С преждевременными родами на 8-м лунном месяце поступила 29-летняя первобеременная — инженер-экономист по профессии. Сами роды протекали без всяких осложнений. На 2-й день у больной поднялась температура. При осмотре половых органов в левом влагалищном своде был обнаружен неглубокий надрыв, покрытый гнойным налетом. Из настойчивых расспросов больной выяснилось, что накануне поступления в клинику она имела бурно протекавшее сношение со своим мужем, также инженером по профессии, возвратившимся из длительной командировки. Через 2 часа после сношения отошли воды и наступили преждевременные роды. Во время сношения, повидимому, была внесена инфекция, произошло повреждение влагалищного свода, которое послужило входными воротами микробов. На 9-й день больная погибла от септицемии.

Хотя имеется как будто бы ряд случаев, когда послеродовая инфекция возникает не по вине учреждения, ни один акушер не имеет права и не должен все случаи инфекции сваливать на независящие от него обстоятельства. Каждый должен помнить, что в подавляющем большинстве случаев инфекция все же заносится либо руками персонала, либо инструментами, бельем и перевязочным материалом. Поэтому в тех случаях, когда в учреждении появляется хотя бы легкая инфекция,

работники его обязаны пересмотреть весь свой аппарат и проконтролировать все то, что приходит в соприкосновение с половыми органами роженицы и родильницы, начиная с момента поступления ее в родильное учреждение и кончая моментом выписки. Следует проконтролировать весь персонал, выяснив отсутствие или наличие гнояных процессов у кого-либо из них и возможность контакта их с гнойными больными вне учреждения. Надо проконтролировать весь перевязочный материал, способ его стерилизации, способ стерилизации инструментов, суден, клеенок, подкладных простынь, обработку рожениц при поступлении, уборку родильниц и т. д. Нередко в этих случаях выявятся те или иные дефекты, устранение которых является безотлагательным. Если при развивающейся инфекции во-время не будут приняты меры, незначительная, вначале слабо тлеющая, искра может превратиться в грандиозный пожар, который будет стоить жизни нескольким родильницам и тяжело отразится и на самом учреждении и на его работниках.

После того как Пастером из крови умерших родильниц был выделен стрептококк, последний долгое время, почти до начала нынешнего столетия, считался единственным возбудителем послеродовой инфекции; в дальнейшем, однако, было установлено, что стрептококк является преимущественным, но все же не единственным виновником послеродового сепсиса. Помимо стрептококка в возникновении пuerперальных заболеваний, несомненное значение имеет стафилококк, кишечная палочка, анаэробные микробы, гонококк и т. д.

1. Однако наиболее тяжелые заболевания вызываются стрептококком. По данным Илькевича, стрептококк является причиной тяжелой послеродовой инфекции в 50% случаев, по Бубличенко, в среднем, в 70%, а по нашим данным, — в 63% случаев. Это дает нам основание считать, что и в настоящее время проблема послеродовой инфекции в то же время является, преимущественно, проблемой о стрептококках.

Как известно, существует много разновидностей этого микроба, но и теперь еще нет единодушия в оценке различных штаммов его и значения их в возникновении послеродовых заболеваний.

а) В 1903 г. Шоттмюллер выступил с учением, в котором он настаивал на том, что гемолитический стрептококк является единственной, безусловно, вирулентной разновидностью; он считал способность вызывать гемолиз неотъемлемою у стрептококка, раз его приобрелшего. Опубликованные им работы сулили заманчивые перспективы и были с большою готовностью приняты различными врачами.

Но вскоре появилось множество работ, оспаривающих у гемолитического стрептококка его гемолитическую неприкосновенность и преимущественное право на истребление человечества. Целый ряд авторов (Шлезингер, Рике, Гейнеман) доказывали возможность превращения негемолитического стрептококка в гемолитический. Целый ряд других исследователей наблюдал потерю стрептококком своих гемолитических свойств. Доказательства этому мы встречаем и в литературе последних лет. Губерт видел переход гемолитического стрептококка в негемолитический под влиянием различных химических веществ. Ротер, прибавляя к средам сахар, переводил гемолитического стрептококка в *str. viridans*. Эта доказанная лабораторией возможность перехода негемолитического стрептококка в гемолитический и наоборот подтверждается и многочисленными клиническими данными.

Некоторую сенсацию произвел в 1908 г. Зигварт, демонстрировавший в берлинском акушерском обществе чашки с гемолитическим стрептококком, полученным от нелихорадящих родильниц. Этот исследователь, несколько видоизменив технику Шоттмюллера, нашел в лохиях нелихорадящих родильниц гемолитический стрептококк в 67,8%, а у лихорадящих несколько больше — в 70,4%. Аналогичные данные находим у Опитца и др. Хамм считает, что приобретение гемолитических свойств не идет параллельно с нарастанием вирулентности микроба.

Большинство акушеров новейшего времени, интересовавшихся бактериологией послеродового периода, вполне присоединяется к только что приведенному мнению Хамма.

Приведенные факты обратили внимание акушеров, патологов и на значение других штаммов стрептококка. После ряда исследований все же было установлено, что большинство тяжелых послеродовых инфекционных заболеваний вызывается гемолитическим стрептококком. Доказано, что в крови большинства больных, умерших от послеродового сепсиса, найден гемолитический стрептококк. Закс при 41 смертельно протекавшем сепсисе нашел гемолитический стрептококк в 78%. Илькевич считает, что половина всех случаев смерти инфицированных родильниц вызывается гемолитическим стрептококком. Руге полагает, что виновником смертельных заболеваний в большинстве случаев является гемолитический стрептококк. Наряду с этим, однако, есть не мало случаев, в которых виновниками тяжелой инфекции являются и другие разновидности этого микроба.

б) Зеленый стрептококк — *str. viridans sive mitior* также был обнаружен неоднократно как в выделениях септических больных, так и в их крови. К тому же необходимо отметить

возможность превращения зеленого стрептококка в гемолитический и наоборот.

в) *Str. lanceolatus* ланцетовидный диплострептококк также был описан как возбудитель послеродовой инфекции.

г) Еще большее значение, чем предыдущие разновидности стрептококка, имеет анаэробный путридный стрептококк, который, безусловно, в известном проценте случаев является возбудителем тяжелой послеродовой и, главным образом, послеабортной инфекции. По данным Малиновского и Кушнера, он был обнаружен в 29% всех септических больных.

2. Стафилококк имеет гораздо меньшее значение в этиологии послеродовой инфекции, чем стрептококк, но все же может иногда быть причиной генерализованной инфекции. Мне приходилось наблюдать случаи смертельного послеабортного сепсиса, вызванного гемолитическим стафилококком. Необходимо указать, что патогенным является не только золотистый стафилококк, но и белая и лимонно-желтая его разновидность.

Среди штаммов стафилококка можно обнаружить гемолитические и негемолитические разновидности. Гемолитические штаммы являются более патогенными, чем негемолитические.

3. Кишечная палочка — *b. coli* — находится во влагалище нормальных беременных и родильниц, в среднем, в 20%. Дерчинский в 1935 г. сообщает о том, что он на наружных половых органах нормальных родильниц обнаружил кишечную палочку в 66%, а во влагалище — в 25%, однако, несмотря на это, ее значение в патогенезе послеродовой инфекции не так велико. Но имеются, несомненно, случаи общего сепсиса, вызванные кишечной палочкой, проникшей, по видимому, в родовые пути из прямой кишки. Наиболее вирулентными оказываются гемолитические штаммы.

4. Гонококк, несмотря на свое широкое распространение играет очень ограниченную роль в этиологии послеродовых заболеваний. Известны лишь единичные случаи общего послеродового сепсиса, вызванного гонококком. Чаще наблюдаются ограниченные воспалительные процессы придатков и брюшины малого таза. Даже в этих случаях можно полагать, что речь не всегда идет о проникновении инфекции из влагалища; во многих случаях возможно обострение имевшегося ранее воспалительного процесса придатков. Среди послеродовых заболеваний гонорейные поражения составляют всего лишь 1%, а из всех беременных, больных гонореей, лишь 11,5% получают обострение в послеродовом периоде. Обострение наступает тем чаще, чем позже беременная была инфицирована.

5. Анаэробные микробы: палочка Френкеля, палочка газовой гангрены, палочка злокачественного отека — обнаруживаются сравнительно нередко в 10% во влагалище лихорадящих родильниц; однако их значение в пuerперальной инфекции очень невелико. Случаи анаэробного

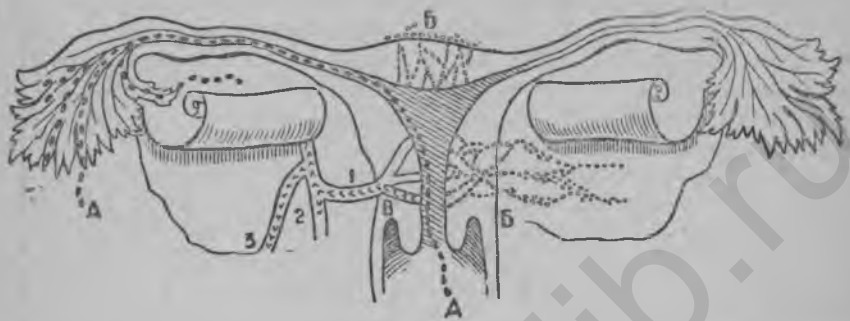


Рис. 210. Схема распространения послеродовой инфекции. А—А—по протяжению (с наружных половых органов во влагалище, оттуда в матку, трубы, в брюшную полость); Б—по лимфатическим путям (*metritis dessecans*, *parametritis*, *perimetritis*, *perifonitis*, *septicaemia*); В—по кровеносным путям (*trombophlebitis*, *pyaemia*) 1—*v. uterina*, 2—*v. hypogastrica*, 3—*v. iliaca externa*.

сепсиса, вызванного перечисленными микробами, акушерам приходится наблюдать, главным образом, после криминальных, подпольных абортов.

Остальные микробы — пневмококк Френкеля, дифтерийная палочка и т. д. хотя и обнаруживаются в известном проценте случаев в выделениях родильниц, играют очень малую роль в послеродовой инфекции. Случаи послеродовых язв, вызванных дифтерийными палочками, единичны и наблюдаются тогда, когда родильница приходит в контакт с дифтерийной инфекцией.

Входными воротами для перечисленных микробов является нарушенный покров родовых путей. Как известно, после родов почти на всем протяжении родового тракта имеются гнездные, более или менее глубокие, нарушения целостности слизистой оболочки. Роль входных ворот могут играть разрывы, надрывы промежности, трещины стенки влагалища, шейки матки и отпавшая во время родов слизистая оболочка тела матки. Моментом, особо благоприятствующим внедрению инфекции, являются остатки детского места в матке. Стенка матки в этом участке не сокращается, сосуды не тромбируются, представляя входные ворота для инфекции. Оставшаяся плацентарная ткань служит прекрасной питательной средой:

для микробов, способствующей быстрому повышению их вирулентности. И действительно, как это явствует из данных Гальбана и Келера, остатки плацентарной ткани обнаруживаются в 18,4% всех больных, погибших от сепсиса.

Принято считать, что инфекция с поверхности ран может распространяться тремя путями (рис. 210).

1. Она распространяется по протяжению, переходя от нижележащих отделов половых органов в вышележащие: с наружных половых органов во влагалище, из влагалища в шейку, из шейки в тело матки, из тела матки в трубы, из труб в брюшную полость.

2. Инфекция может распространиться лимфогенным путем, проникая с места внедрения, через лимфатические щели, в лимфатические сосуды; там она либо оседает, либо уносится током лимфы дальше, попадая, в конце концов, в грудной проток, а оттуда через левую яремную или подключичную вены в общий ток крови.

3. Инфекция с места внедрения может попасть в венозные капилляры, отсюда в вены, оседает там, или разносится с кровью в ближайшие и отдаленные от места внедрения участки человеческого организма.

4. Возможна комбинация всех или некоторых указанных способов распространения инфекции. Во многих случаях даже на секции не удается с достоверностью установить ни путь, по которому инфекция распространилась, ни участок половой трубки, послуживший входными воротами для внедрения микробов.

Нам кажется, что дело все же происходит не так просто, как можно было бы себе представить из только что приведенной схемы. В отношении распространения инфекции мы должны считаться с вирулентностью микроба, с иммунными свойствами организма и с местом локализации входных ворот. Если мало вирулентный микроб через входные ворота попадает в подлежащую ткань, он все же током лимфы или крови разносится по всему организму. Дальнейшая судьба микроба может развернуться в двух направлениях. Если иммунные вещества организма достаточны для того, чтобы уничтожить бактерии, попавшие в кровь, они быстро из кровяного русла исчезают; на месте их внедрения, благодаря мобилизации клеточных элементов ретикуло-эндотелия и эндотелия лимфатических и кровеносных сосудов, образуется мощный грануляционный вал, который локализует инфекцию и не дает возможности микробам в дальнейшем попадать в общий круг кровообращения. Однако и в этих случаях микробы, локализуясь в определенном участке, могут, благодаря благоприятным условиям для своего развития, повысить свою вирулентность, уничтожить образовавшийся барьер и проникнуть



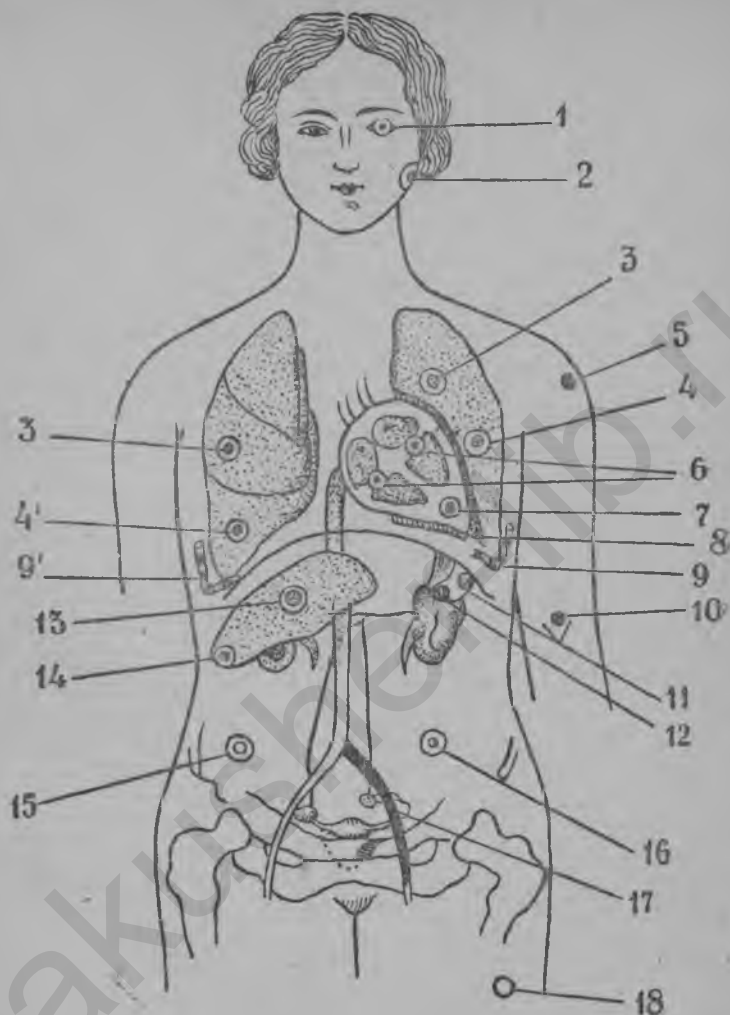


Рис. 211. Частота поражения отдельных органов при септических заболеваниях (Хальбам и Кеглер). 1 — паноптальмит — 2,5%; 2 — паротит — 1,8%; 3 — пневмония слева — 11,6%; 3 — пневмония справа — 24,1%; 4 — абсцесс легких слева — 5,9%; 4 — абсцесс легких справа — 17%; 5 — подкожные нарывы — 3,7%; 6 — эндокардит — 16,9%; 7 — абсцессы миокарда — 1,8%; 8 — перикардит — 9,8%; 9 — левосторонний плеврит — 15,3%; правосторонний плеврит — 24,5%; 10 — артриты — 5%; 11 — инфаркт селезенки — 5%; 12 — абсцессы селезенки — 2,5%; 13 — перерождение печени — 34,4%; 14 — абсцессы печени — 1,8%; 15 — местный перитонит — 6,1%; 16 — разлитой перитонит — 36,8%; 17 — тромбозы — 50,3%; 18 — межмышечные абсцессы — 5%.

снова в общий круг кровообращения. Проникновению микробов в глубину способствует также искусственное нарушение грануляционного вала, возникающее при позднем выскабливании или пальцевом удалении остатков плаценты, производящемся после 3-го дня пуерперации. Таким образом, локализация инфекции в начале процесса, к сожалению, не всегда означает, что и в дальнейшем микробы останутся в месте своего внедрения.

При наличии вирулентной инфекции также имеются две возможности. Микробы, попавшие в кровь, некоторое время циркулируют в ней; в конце концов, иммунные вещества организма могут взять верх над микробами; последние из крови исчезают вовсе или оседают в одном или в нескольких участках организма. В других случаях, при высоко вирулентной инфекции и недостаточных иммунных свойствах организма, микробы, попав однажды в кровь, оттуда не исчезают вплоть до смерти больной.

Микробы, попавшие непосредственно в кровяное русло, или занесенные туда лимфатическим путем, могут разноситься по всему организму и оседать в различных органах (рис. 211).

Сердце, главным образом эндокард, поражается в 16—17% случаев всех родильниц, погибших от послеродовой инфекции (по Хальбану и Келеру). Наряду с поражением эндокарда, как правило, констатируются дегенеративные изменения и миокарда, вызванные токсинами тех микробов, которые циркулируют в крови. В некоторых случаях в процесс вовлекается и перикард, вследствие чего в 9—10% возникает серьезный перикардит, дающий в дальнейшем сращения.

Попав в малый круг кровообращения, микробы могут быть занесены в легкие и повести к образованию инфарктов обычной, треугольной формы. Эти инфаркты в дальнейшем могут нагноиться и повести к абсцессам легких, встречающимся в 16% всех погибших больных. Пневмония встречается в 20—30% всех тяжелых септических заболеваний, чаще справа, чем слева. Плеврит наблюдается почти так же часто, как и пневмония.

Другим органом, который постоянно поражается при послеродовом сепсисе, являются почки, в которых наблюдаются либо изменения эпителия, либо реже инфаркты с последующим абсцедированием.

В печени заносы микробов наблюдаются редко: абсцессы печени встречаются лишь в 2%; однако под влиянием токсинной функции печени во многих случаях нарушается; перерождение печени констатировано почти у  $\frac{1}{3}$  всех больных, погибших от послеродового сепсиса.

Селезенка, в которой иногда наблюдаются инфаркты (около 5%), абсцессы (2,5%), во всех случаях оказывается увеличенной, мягкой.

Заболевания глаз, вплоть до панофтальмита, наблюдаются приблизительно в 2,5% случаев. Я недавно наблюдал больную с общим послеродовым заболеванием, потерявшую вследствие панофтальмита правый глаз. В дальнейшем процесс локализовался, и больная выздоровела. Паротит — одно-или двухсторонний — в 2% случаев сопровождает послеродовые заболевания.

Исследования Кватера и Роговера (1936 г.) не обнаружили ни разу присутствия микробов в спинно-мозговой жидкости; однако, несмотря на это, заболевания мозга, поражения мозговой ткани и мозговых оболочек при сепсисе встречаются в известном проценте случаев. Инфекция, повидимому, проникает сюда либо по лимфатическим путям, либо через кровеносные капилляры, нарушая так называемый гемато-энцефалический барьер.

Помимо поражения указанных органов, при послеродовой инфекции заболевание может локализоваться в любом отделе малого таза, о чем подробнее будет сказано при рассмотрении отдельных форм послеродовых заболеваний.

В некоторых случаях тяжелого сепсиса пораженной оказывается подкожная клетчатка и дерма, в которой наблюдается образование высыпей, петехий и настоящих гнойников (около 4%).

Мышцы, кости и суставы поражаются редко при послеродовой инфекции; воспаления суставов, абсцессы мышц наблюдаются приблизительно в 5% всех погибших больных.

Задумываясь над оседанием микробов в том или ином органе, необходимо считаться с органотропностью их. Известно, сравнительно давно, что отдельные виды микробов имеют сродство с определенными тканями: сибирская язва, например, тропна по отношению к коже, палочки брюшного тифа тропны к слизистой оболочке тонких кишек, дизентерийные палочки тропны к слизистой оболочке толстых кишек и т. д. В последнее время появились исследования, которые с несомненностью свидетельствуют о том, что различной тропностью обладают не только разные микробы, но и отдельные штаммы одного и того же микроба.

Изучая осложнения, наблюдающиеся после полостных операций, констатируем, что в одних случаях развивается общий перитонит, не сопровождающийся поражением клетчатки; в других же случаях наблюдаются обширные флегмоны при совершенно нетронутым серозном покрове. Эти факты можно объяснить таким образом, что в одних случаях инфекция про-

изошла штаммом стрептококка, тропным по отношению к серозному покрову, в другом случае — штаммом, тропным по отношению к клетчатке.

Тот или иной микроб, явившийся причиной послеродового заболевания, в каждом случае оседает по преимуществу в тех органах, с какими он имеет наибольшее сродство. Гематотропный стрептококк, например, вызовет септицемию; серозотропный стрептококк вызовет общий или ограниченный перитонит, эндокардит, артрит; стрептококк, тропный к элементам мезенхимы, вызовет метрит и параметрит и т. д. и т. д.

Все послеродовые инфекционные процессы можно разделить условно на следующие 3 группы.

В первую группу следует отнести те местные процессы, которые не распространяются за пределы слизистых оболочек родовых путей. Сюда относятся послеродовые язвы, наблюдающиеся на вульве, на влагалище, на шейке матки. Сюда же следует отнести и эндометрит.

Во 2-ю группу мы относим ограниченные процессы, локализующиеся в малом тазу: метрит, параметрит, периметрит, воспалительные опухоли труб и флебиты маточных и тазовых вен.

В 3-ю группу относим генерализованные процессы, при которых микробы либо циркулируют постоянно по всему организму, либо осели в участках, отдаленных от входных ворот, и периодически поступают в общий круг кровообращения. В эту группу входят: общий перитонит, септицемиа, характеризующаяся постоянным присутствием микробов в крови, пиемия, характеризующаяся периодическим поступлением микробов в кровь и септико-пиемия, являющаяся комбинацией последних двух форм.

Как мы уже указывали, такое деление является условным, ибо и при местных и при ограниченных процессах не исключена возможность попадания время от времени микробов или их токсинов в кровь; и наоборот, при циркулировании микробов по кровяному руслу, т. е. при генерализованных процессах, не исключена возможность оседания микробов в том или ином участке. Наконец, симптомы, вызываемые даже локализованной инфекцией, касаются не только пораженного участка, но и других отдаленных органов.

### **Симптомы послеродовых заболеваний.**

Характерные особенности каждого из перечисленных болезненных процессов будут даны в дальнейшем. Мы здесь коснемся тех общих симптомов, которыми сопровождается всякое послеродовое заболевание.

Первым моментом, фиксирующим наше внимание, является повышение температуры. В подавляющем большинстве случаев инкубационный период длится 2—3 дня, и 1-й подъем температуры наблюдается на 3—4-е сутки. Только при процессах гоноррейного происхождения возможно поднятие температуры в более поздние сроки на — 6 — 7 — 8 — 9 — 10-й день. Также иногда при задержке частей детского места температура может подняться на 5-7-й день благодаря тому, что мало вирулентные вначале микробы, осевши на плацентарной ткани, повысили свою вирулентность лишь через несколько дней. Характер температурной кривой в 1-ю неделю заболевания не дает возможности судить о тяжести процесса. Целый ряд местных и ограниченных заболеваний сопровождаются подъемом температуры, которая после локализации процесса, обычно к концу 1-й или к началу 2-й недели, спадает. Диагностическое значение температурной кривой выступает лишь начиная со 2-й недели. Следовательно, если по прошествии 7 дней температура не имеет тенденции к спаданию, можно думать о выходящем за пределы слизистой ограниченном или общем процессе. Температура постоянного типа при отсутствии локализованного процесса свидетельствует о септицемии. Интермиттирующая температура с частыми падениями и подъемами, иногда по несколько раз в день, свидетельствует о пиэмическом процессе. Интермиттирующая или ремитирующая температура с закономерным утренним падением и вечерним подъемом наблюдается при наличии нагноительных процессов. Постоянная температура с периодическими незакономерными подскоками присуща септикопиемии. Для точного установления характера температурной кривой необходимо измерять температуру несколько раз в день — через каждые 2—3 часа.

Высота температуры имеет лишь относительное значение и не всегда идет параллельно тяжести процесса. Всем нам приходится наблюдать случаи легкого эндометрита, протекающего при температуре в  $40^{\circ}$  и наоборот, — случаи тяжелейшего сепсиса, протекающие при сравнительно незначительной температуре —  $38 — 38,5^{\circ}$ . Большое значение, как указывалось, имеет длительность температуры и характер ее кривой. Иногда (около 20%) повышения температуры являются следствием внеполовых заболеваний: пиэлиты, обострившейся малярии, туберкулеза и т. д.; общее объективное исследование, анализы крови и мочи помогут поставить диагноз в этих случаях.

Ознобы в первую неделю заболевания не следует считать фактором, омрачающим прогноз. Большинство даже легких заболеваний начинается с озноба, предшествующего

подъему температуры. Только в тех случаях, когда ознобы длятся по истечении 7—10 дней, можно думать о наличии пиемического процесса.

Большое внимание следует уделить пульсу. Если пульс соответствует температуре, можно думать об инфекции мало вирулентными микробами. Если же пульсовая кривая идет вверх или с самого начала не соответствует подъему температуры, это служит указанием на тяжелое заболевание, вызванное вирулентными микробами. Особенно плохим предзнаменованием является скрещивание температурной и пульсовой кривой. Если температурная кривая идет вниз, а пульсовая кривая ползет вверх, это почти, как правило, предвещает летальный исход.

Одновременно с изучением пульсовой кривой следует обращать внимание и на высоту кровяного давления. При тяжелых заболеваниях кровяное давление падает, доходя до минимальных цифр. Стойкое кровяное давление в пределах нормы свидетельствует о хорошей сердечной деятельности, не страдающей или мало страдающей от наличия микробных токсинов, циркулирующих в организме.

Внешний вид больных также не должен ускользать от нашего внимания. Влажная кожа, свидетельствующая о хорошей работе кожных желез, обычно наблюдается при инфекциях средней тяжести. При тяжелых заболеваниях кожа оказывается сухой, вследствие недостаточной работы кожных желез. Этот момент, помимо своего симптоматического значения, является еще фактором, неблагоприятным в том отношении, что ослабление функции кожных желез повышает требования к функции почек, которая и без того оказывается нарушенной при септическом процессе.

Появление на коже петехий, пустул, абсцессов несомненно свидетельствует о генерализации процесса и о циркуляции микробов в крови.

Нервная система в большинстве случаев оказывается пораженной. Многие из септических больных жалуются на боли в конечностях, на боли во всем теле без того, чтобы в этих участках были обнаружены какие-нибудь воспалительные очаги.

Угнетением нервной системы следует объяснить расстройства мочеотделения и запоры, наблюдающиеся у септических больных. В других случаях наблюдаются поносы, указывающие на значительное поражение кишечника. Наличие поносов в значительной степени усложняет питание больных, которому мы придаем большое значение при терапии послеродовых заболеваний.

Психика большинства больных бывает подавлена; мно-

гие из них ко всему окружающему и к своему заболеванию относятся безразлично. В редких случаях мы наблюдаем состояние эйфории, состояние благополучия, которое ни в коем случае не должно вводить врача в заблуждение. Эйфория иногда наблюдается в самых тяжелых случаях, незадолго до смерти. Я вспоминаю больную, которая погибла от послеоперационного перитонита. Во время обхода больная, у которой уже не прощупывался пульс, просила выписать ее домой, так как она, по ее словам, совершенно выздоровела; попросила дать ей черного хлеба с салом; через 2 часа она при полном сознании погибла.

Тщательно следует наблюдать за функцией почек, которые, как указывалось выше, страдают при послеродовых заболеваниях. Наличие белка в моче, наличие цилиндров, эритроцитов, свидетельствующее о поражении почек, также значительно осложняет наши лечебные мероприятия, принуждая нас предписывать больной соответствующую диету, ограничивающую наши стремления подвести больной определенное количество калорий.

Я бы рекомендовал время от времени исследовать мочу на наличие кетонных тел, свидетельствующих о недостаточном сгорании жиров и о пониженной функции печени.

Очень большое значение следует придать общему анализу крови. При всяком септическом процессе в крови происходят определенные изменения. Шиллинг, которому принадлежит один из лучших трудов о крови за последние годы, предложил весьма удобную и пригодную для клиники схему исследования лейкоцитов. В регулировании состава белой крови приходится учитывать 2 момента: 1) эмиграцию лейкоцитов из сосудов, периферическую дегенерацию их — гибель в сосудах — и центральную дегенерацию в самих кровяных органах; 2) регенерацию, происходящую только в последних. Эти 2 фактора и определяют данный состав крови в зависимости от различных физиологических и патологических эффектов, влияние которых Шиллинг формулирует так: малое раздражение вызывает лишь функциональные перемены лейкоцитарной формулы; среднее — влияет на образование клеток в лейкопоэтических органах; сильное — действует угнетающим образом, калеча центральные и разрушая периферические клетки крови. При большинстве инфекционных процессов раздражению прежде всего подвергаются нейтрофилы, затем моноциты и, наконец, лимфоциты.

Различие картины крови при инфекции зависит от временного сдвига этих трех фаз по отношению друг к другу, от меняющейся силы раздражения на отдельные группы и от появления более редких клеточных форм. Эти изменения,

сформулированные Шиллингом, дают возможность иногда не только разобраться в диагнозе, но и высказать некоторый прогноз. Увеличение числа лейкоцитов, некоторый сдвиг влево, незначительная лимфо- и моноцитопения при некотором уменьшении числа эозинофилов делают прогноз более или менее благоприятным. Исчезновение эозинофилов, увеличение нейтрофилов и сдвиг влево, лимфопения (падение лимфоцитов ниже 10), моноцитопения делают прогноз сомнительным. Лейкопения, сопровождающаяся приведенными только что изменениями лейкоцитарной формулы, в значительной степени омрачает прогноз. Имеет значение не столько статическая картина крови, сколько ее динамика. Дальнейшее уменьшение лимфоцитов и моноцитов, прогрессирующий сдвиг влево, нарастающая лейкопения свидетельствуют об ухудшении процесса. Наоборот, лейкоцитоз, уменьшение сдвига влево, появление эозинофилов, увеличение числа моноцитов свидетельствуют об успешной борьбе организма с инфекцией. Увеличение числа лимфоцитов, дальнейшее нарастание числа эозинофилов и моноцитов свидетельствуют о победе организма над инфекцией. Картина белой крови является довольно чувствительным индикатором тяжести процесса. Мы на нашем материале могли установить совпадение картины крови с тяжестью процесса в 87% случаев, и только в 13% случаев картина крови не дала возможности поставить правильный прогноз.

Не следует ограничиваться исследованием только белой крови; необходимо устанавливать количество гемоглобина, количество эритроцитов и их характер. Так как в большинстве случаев мы имеем дело с гемолитическими микробами, то разрушение красных кровяных шариков иногда достигает больших цифр. Нарастающее падение гемоглобина указывает на разрушение значительного числа эритроцитов. Если же к падению числа гемоглобина, к падению цветного индекса присоединяется и уменьшение количества эритроцитов и появление измененных форм их, это служит указанием на истощение эритропоэтической ткани. Указанные исследования крови мы производим не реже одного раза в 5 дней, ибо состояние крови нередко служит указателем и для наших терапевтических мероприятий: при наличии лейкопении приходится применять вещества, повышающие лейкоцитоз, при изменениях красной крови будет показана трансфузия и т. д.

Помимо общего обследования крови, при септических процессах необходимо проводить систематический бактериологический контроль крови, производя ее посе- вы. Для того чтобы добиться положительных результатов, при посеве необходимо соблюдать известные предосторож-



ности. Следует высевать сравнительно большие количества крови на большие количества бульона. Мы высеваем 10 кубиков крови на 200 кубиков сахарного бульона. Если брать меньшее количество бульона, может не получиться роста потому, что вместе с кровью в сахарный бульон вводится и известное количество бактерицидных веществ, которые при большой концентрации могут не дать развиваться внесенным в питательную среду микробам. Высевая небольшое количество крови, в тех случаях, когда микробы циркулируют в крови в небольшом количестве, рискуя ввести в питательную среду лишь единичные экземпляры, которые могут не дать роста. Эти соображения и побуждают нас высевать сравнительно значительное количество крови на большие количества бульона.

Несомненное значение имеет время взятия крови для посева. При септицемии и септикопиемии, т. е. в тех случаях, когда микробы все время циркулируют в крови, время взятия крови безразлично. При пиэмии же, при которой микробы попадают в кровь периодически, посев необходимо делать в начале или до появления озноба. Озноб возникает, обычно, в тот момент, когда микробы, попавшие в кровь, распадаются и освобождают свои эндотоксины. Поэтому озноб появляется уже при исчезновении микробов из крови, и высев на высеоте озноба роста не дает. Многие больные предчувствуют наступление озноба по некоторым неприятным ощущениям, потому, что у них как будто бы мороз пробегает по спине, по пояснице; вот этот момент, совпадающий обычно с поступлением микробов в кровь, и должен быть использован для посева.

При отрицательных результатах посева необходимо его повторять несколько раз. С другой стороны, однократное нахождение микробов в крови не означает еще септицемии; лишь в тех случаях, когда при повторных посевах выделяется один и тот же микроб, можно считать присутствие его в крови постоянным.

Всякая лихорадящая родильница подлежит детальному объективному исследованию. Помимо общего исследования внутренних органов, особое внимание должно быть уделено специальному обследованию половых органов. Указанный осмотр начинают с грудных желез. Мастит, который может быть причиной высокой температуры, обычно проявляется не раньше 2-й недели. Затем обследуют брюшную полость. При наличии общих или ограниченных воспалительных процессов брюшины живот окажется вздутым, дыхание — грудным или ограничено брюшным; брюшная стенка при пальпации окажется напряженной по всему животу — при общем перитоните или в нижних отде-

лах его—при ограниченном воспалении брюшины. При пальпации можно определить наличие экссудата—пара—или периметрического, вышедшего за пределы малого таза, и наличие воспалительных опухолей придатков. Пальпируя через брюшные покровы матку, можно удостовериться в ее величине, следовательно, и в степени ее обратного развития, в ее консистенции и болезненности. При наличии тромбофлебита соответствующая нижняя конечность оказывается утолщенной. Затем выясняют характер лохий; грязные с запахом выделения служат указанием на наличие эндометрита.

Произведя указанное исследование, переходят к осмотру наружных половых органов. Такой осмотр лучше всего производить на гинекологическом кресле или, в крайнем случае, на поперечной кровати. Осмотрев наружные половые органы, для чего широко раздвигают губы, при отсутствии налетов на них вводят во влагалище зеркала, осматривают стенки влагалища и шейку матки; при этом осмотре могут быть обнаружены язвы либо на наружных половых органах, либо на стенках влагалища, либо налеты на влагалищной части шейки матки. Слизистая оболочка матки при таком исследовании недоступна зрению, но, обычно, при наличии налетов на шейке матки можно быть почти уверенным, что такие же налеты имеются и на эндометрии.

Обнажив влагалищную часть шейки зеркалами, берут выделения из матки для анализа. Для этого шейка протирается сухой стерильной марлей или ватой, затем перекисью водорода и вытирается досуха. В матку вводятся либо специальная трубочка Дедерлейна, либо обычная стерильная ватная кисточка, какую пользуются для взятия налетов с зева. Кисточка хранится в стерильной пробирке, в которую снова переносится сразу же после взятия выделений. Целесообразно производить не только бактериоскопическое, но и бактериологическое исследование выделений. Так как причиной послеродовой инфекции нередко являются анаэробные микробы, то посев следует производить не только в аэробных, но и в анаэробных условиях. Выделения лучше всего брать в первые 3 дня заболевания, ибо позже к первоначальной флоре примешиваются посторонние микробы, которые могут не иметь значения при данном заболевании. Но все же, даже в тех случаях, когда выделения взяты после 3 дней, на фоне посторонней флоры удается нередко обнаружить и те микробы—стрептококки, стафилококки и др., которые могли вызвать данное заболевание. При наличии бактериологической лаборатории необходимо поставить пробу Филлипса-Руге, описание которой мы дадим несколько ниже.

По извлечении зеркал производится двуручное исследование — влагалищное или ректальное. При этом исследовании снова убеждаются в величине и в форме матки, в ее консистенции и чувствительности при давлении. Обследуются задний, передний и боковые своды, в которых могут быть обнаружены плотный или мягкий экссудат или утолщенные маточные вены, проходящие у основания широких связок, или увеличенные придатки.

Сопоставляя жалобы больной, температурную кривую, характер пульса и кровяное давление, общее и специальное исследования крови и результаты объективного исследования, в большинстве случаев удается без труда, по крайней мере на 2-й неделе заболевания, поставить диагноз.

Прогноз послеродового заболевания не всегда легко поставить вначале. Особое значение в этом отношении имеет не столько температура, сколько характер пульса и соответствие его с температурной кривой. Пульс, отстающий от температуры, служит хорошим прогностическим признаком; и наоборот, пульс, не соответствующий по своей частоте температуре, омрачает прогноз. Как уже указывалось, некоторое значение следует придавать и кровяному давлению: низкое давление наблюдается при тяжелых процессах. Несомненное прогностическое значение имеет общее состояние больной. Подавленная, угнетенная психика, безразличие указывают, обычно, на тяжелую интоксикацию. Бодрое настроение больных, живой интерес к окружающему, хороший аппетит — признаки нетяжелого заболевания. Безусловное прогностическое значение имеет картина крови, на которой мы выше уже останавливались.

Высказывая тот или иной прогноз, следует руководствоваться, главным образом, динамикой процесса. Ухудшение явлений, сопровождающих послеродовое заболевание, ухудшение картины крови, как-то: уменьшение лейкоцитов, уменьшение количества гемоглобина, продолжающийся сдвиг влево, уменьшение числа лимфоцитов и моноцитов, появление молодых форм наблюдаются, главным образом, при тяжелых, прогрессирующих послеродовых заболеваниях.

Был предложен целый ряд лабораторных методов, которым приписывали прогностическое значение. Одним из этих методов и является реакция Филиппа-Руге, о которой я уже упоминал. Производится она следующим образом. Шприцем из вены больной набирают 10 см<sup>3</sup> крови, которую вливают в склянку с бусами. После погряхивания этой склянки в течение 10 мин. кровь дефибринируется. Дефибринированная кровь стерильной пипеткой переносится в стерильную пробирку. К 6—8 кубикам дефибринированной крови

примешивают несколько капель бульона из пробирки, загрязненного перед этим несколькими петлями выделений больной. 1,5 кубика загрязненной дефибрированной крови смешивается с 4 кубиками расплавленного до 40° агара. Эта смесь, равномерно смешанная, выливается на чашку Петри. Последняя и пробирка с оставшейся загрязненной кровью помещаются в термостат. Через 3 часа 1,5 кубика оставшейся крови снова смешиваются с 4 кубиками расплавленного агара, и смесь выливается на чашку Петри, которая ставится в термостат. Можно сделать и 3-й посев таким же образом через 6 час. после первого посева. Через сутки-двое осматривают чашки Петри. Увеличение числа колоний гемолитического стрептококка в последующих чашках по сравнению с первой свидетельствует о вирулентности микроба; наоборот, уменьшение числа колоний гемолитического стрептококка в последующих чашках свидетельствует о наличии маловирулентной инфекции. Эту реакцию целесообразно производить в первые 3—4 дня послеродового заболевания, ибо в дальнейшем, как указывалось, к выделениям примешивается посторонняя флора, которая может значительно затемнить картину. Эта реакция в поздние сроки — на 10—12-й день — может ввести в заблуждение, ибо, обычно, к этому времени микробы, вызвавшие заболевание, исчезают из полости матки. Эта реакция, своевременно произведенная, почти в 70% дает возможность поставить правильный прогноз.

Из других реакций, предложенных с прогностической целью, я упомяну о приеме, основанном на выяснении состояния ретикуло-эндотелиальной системы, которой, как известно, принадлежит исключительная роль в борьбе со всякой инфекцией. Если ввести здоровому человеку в кровь краску, поглощаемую ретикуло-эндотелием, как например, конгорот, то через 6 час. эта краска, поглощенная элементами Р—Э, исчезает из крови. Циркулирование этой краски более 6 час. указывает на то, что ретикуло-эндотелий поврежден токсинами внедрившихся в организм микробов и не в состоянии фиксировать даже вещества, к которым он имеет сильное сродство.

Профилактика послеродовых заболеваний прежде всего заключается в правильной организации работы родильного учреждения, которая должна состоять в том, чтобы все, приходящее в соприкосновение с половыми органами рожениц и родильниц, являлось, безусловно, стерильным. Руки персонала, инструменты, перевязочный и шовный материалы, бритвы, корнцанги для уборки, подкладные судна, клеенки, подкладные подстилки должны быть, безусловно, обеззараживаемы: одни в автоклаве, другие кипячением,

третьи антисептическими веществами. Для предотвращения переноса инфекции руками самым целесообразным является прием родов и производство всех манипуляций в стерильных перчатках.

Во избежание капельной инфекции персонал, участвующий в приеме родов, и все лица, находящиеся в родильной комнате, должны одевать маски; Пэн указывает, что почти у  $\frac{1}{4}$  всех городских жителей в ротовой полости содержится гемолитический стрептококк.

Консультации должны указывать посещающим их беременным на недопустимость полового сношения в последние 6—8 недель, ибо это, как указывалось, может вызвать преждевременное наступление родов и может способствовать занесению инфекции в половые органы родильниц.

Были попытки снизить послеродовую заболеваемость вакцинацией беременных, производимой за несколько недель до предполагаемых родов. Для целей вакцинации пользовались тетра-или пентавакциной, т. е. вакциной, приготовленной из нескольких видов микробов — стрептококков, стафилококков, кишечной палочки, гонококков и т. д. По некоторым сообщениям вакцинированные таким образом беременные почти в три раза болеют реже после родов, чем невакцинированные; смертность также уменьшается почти в 3 раза.

Для устранения возможности эндогенной инфекции необходимо озаботиться о лечении всяких воспалительных процессов в организме беременных. Санация ротовой полости, лечение кожных сыпей и фурункулов является необходимым звеном работы каждой консультации. Всякая беременность с гнойными белыми должна быть подвергнута специальному обследованию. У такой беременной вплоть до конца 9-го лунного месяца допустимо введение зеркал, взятие выделений из влагалища или шейки и при наличии загрязнения — соответствующее лечение.

Различают 3 степени загрязнения влагалищной флоры. При 1-й степени загрязнения или чистоты по номенклатуре некоторых авторов, в выделениях, взятых из влагалища, обнаруживается большое количество эпителиальных клеток и почти совершенное отсутствие лейкоцитов, флора состоит исключительно из грамм положительных палочек Дедерлейна. Указанные палочки разлагают имеющийся в клетках покровного эпителия влагалища гликоген, превращая его, в конечном счете, в молочную кислоту. Присутствие молочной кислоты, способствуя кислой реакции содержимого влагалища, не благоприятствует развитию патогенных микробов. И, действительно, большинство нормаль-

ных беременных имеет 1-ю степень чистоты влагалищного секрета.

При 2-й степени чистоты в выделениях влагалища, наряду с эпителиальными клетками, находят более или менее значительное число лейкоцитов; наряду с палочками Дедерлейна обнаруживаются и другие микробы, большей частью мало патогенные.

При 3-й степени чистоты эпителиальные клетки почти вовсе исчезают, зато значительно увеличивается число лейкоцитов; также совершенно исчезают или значительно уменьшаются в своем числе и палочки Дедерлейна. Флора может состоять из ряда патогенных микробов в чистой культуре или в смеси с другими бактериями. В этих случаях находят стрептококки, стафилококки, гонококки, трихомонады и т. д.

При наличии 3-й степени чистоты является вполне уместным лечение больных. В таких случаях можно назначать беременным влагалищные ляписные ванны из 5-проц. раствора ляписа, спринцевания молочной кислотой из расчета 1 чайная ложка препарата на 4 стакана воды или спринцевания формалином из расчета 1 чайная ложка 10-проц. раствора его на 4 стакана воды. Такие спринцевания следует производить под очень невысоким давлением и, целесообразнее всего, в консультации. Указанное лечение может производиться до 9—9<sup>1</sup>/<sub>2</sub> лунных месяцев беременности. При наличии гнойных выделений, эрозий на шейке вполне уместна вакцинация беременной. Беременную на сносях необходимо предупредить, что она не должна приходить в контакт с гнойными больными, если таковые имеются у нее дома.

Лечение послеродовой инфекции требует от врача большого терпения и умения заставить больную исполнять предписываемый ей режим. Успех лечения послеродовых больных зависит не столько от назначаемых медикаментов, сколько от того, как удастся наладить питание и общий уход за больной.

Септические больные должны находиться в светлых, просторных, хорошо проветриваемых помещениях. Особое внимание, как мы уже указывали, необходимо уделить питанию больных. Септическая больная должна получать не менее 3—4 тыс. калорий в день. Причем нет никакой необходимости назначать больным специальную, так называемую легкую диету. Септические больные могут есть все, что они хотят. Беда только в том, что большинство из них страдают отсутствием аппетита; обязанность ухаживающего персонала состоит в том, чтобы уметь так разнообразить пищу, так ее комбинировать, чтобы она, обладая нужным калоражем, отличалась разнообразием и была вкусно приготовлена. Не-

обходимо больной назначать витамины — ягоды и их соки, фрукты, апельсины, лимоны, рыбий жир, если он не вызывает у больной отвращения. Нельзя отказывать больной в кусочке селедки, кусочке кислого огурца, с которым больная может съесть значительное количество и питательных веществ. Необходимо следить за тем, чтобы пища была абсолютно свежей, ибо при легкой ранимости кишечника септической больной может появиться понос, который значительно осложнит вопрос о рациональном питании ее. Мы, как правило, даем септическим больным спиртные напитки в каком угодно виде, в зависимости от вкуса больной. Можно давать коньяк, сухие вина, столовое сладкое вино, шампанское, ликеры, водку и т. д.

Необходимо тщательно следить за состоянием ротовой полости. С этой целью дважды в день стерильной марлей, смоченной глицерином, должны удаляться налеты с языка; несколько раз в день больная должна полоскать рот каким-либо слабо дезинфицирующим раствором; в противном случае могут развиться галоссит или паротит, лишающие больную возможности в течение нескольких дней принимать пищу.

Также тщательного ухода требует кожа. Септическую больную следует обтирать не менее 2 раз в день какой-либо жидкостью: физиологическим раствором, водкой, одеколоном, туалетным уксусом, камфорным спиртом — в зависимости от желания больной. Уход за кожей необходим для облегчения функции кожных желез, к деятельности которых предъявляются повышенные требования, благодаря повышению обмена веществ и угнетенной при этих заболеваниях функции почек. Во избежание пролежней постель больной должна быть удобна, без складок. Под больную следует положить круг и, если нет противопоказаний, поворачивать ее на бок время от времени.

Для того чтобы регулировать деятельность кишечника, можно пользоваться клизмами, либо легкими, нежными слабительными, как каскара саграда, франгулен, лакричный порошок и т. д.

Ввиду потери септическими больными большого количества жидкости, необходимо ее восполнять подвозом лучше всего 5-проц. глюкозы, назначаемой в количестве 200—400 кубиков в день, либо в виде подкожных вливаний, либо в виде капельных или обычных физиологических клизм.

Наши медикаментозные мероприятия имеют двоякую цель: одни из них повышают функцию ретикулоэндотелия и иммунных свойств организма, другие же направлены к обеззараживанию организма, действуя по типу *therapia sterilisans magna*.

К 1-й группе следует отнести введение всех веществ, содержащих белок. Аутогемотерапия и изогемотерапия могут проводиться ежедневно: внутримышечно вводится 5—10 кубиков собственной крови больной при аутогемотерапии и чужой крови при изогемотерапии. Рафалькес предлагает пользоваться сывороткой из крови пуповины, которую он советует вводить при первом же повышении температуры; первоначальная доза 50,0—100 см<sup>3</sup>. Повторные инъекции производятся через 3—4 дня в такой же дозе. Введение сыворотки, по мнению Рафалькеса, целесообразно комбинировать с внутривенным введением 4—5 см<sup>3</sup> 40% уротропина или с аутогемотерапией в количестве 5—10 см<sup>3</sup>.

Протеиновая терапия может проводиться также либо при помощи специальных препаратов, либо при помощи введения молока. Для этой цели можно пользоваться молоком кормящих родильниц, которое сцеживается в количестве нескольких кубиков в стерильную посуду, либо цельным коровьим молоком, а еще лучше — козьим молоком. Перед введением молоко стерилизуется на водяной бане в течение 10 мин. и вводится внутримышечно с промежутками в 2—3 дня в следующей пропорции: первый раз — 2 см<sup>3</sup>, второй раз — 4, третий раз — 6, четвертый раз — 8 и пятый — 8 с таким расчетом, чтобы общее количество введенного молока не превышало 30 г, ибо в противном случае могут развиваться тяжелые явления анафилаксии. Может проводиться и впрыскивание нормальной лошадиной сыворотки в количестве 10 см<sup>3</sup>. Сюда же следует отнести и впрыскивание специальных сывороток, как например, антистрептококковой. Есть все основания полагать, что эффект, оказываемый в этих случаях, зависит не от специальных антител, а от тех белковых компонентов, которые содержатся в такой сыворотке. Вообще приготовить специфическую для каждого случая антистрептококковую сыворотку невозможно, ибо стрептококк настолько изменчив, что трудно допустить, чтобы сыворотка, приготовляемая при помощи какого-нибудь лабораторного штамма, обладала бактерицидными свойствами по отношению к штамму, вызвавшему заболевание у данной больной.

К этой же группе следует отнести и так называемые лейкопэтические вещества, т. е. вещества, повышающие количество лейкоцитов. Практиковавшееся ранее введение нуклеиновой кислоты в последнее время оставлено. Мы с этой целью пользуемся способом Фошье, вызывая фиксационный абсцесс при помощи скипидара; под кожу в область передней верхней подвздошной ости вводится поверхностно смесь 0,5 скипидара с 2 кубиками какого-либо стерильного растительного масла — оливкового,



персикового, рафинированного подсолнечного и т. д. При таком введении получается стерильный, безмикробный абсцесс, который сопровождается повышением общего лейкоцитоза.

При общих септических заболеваниях перечисленные методы, за исключением фиксационного абсцесса, редко применяются. Введением указанных веществ уместно пользоваться лишь в легких случаях местной инфекции.

Хороший лечебный эффект оказывает переливание больших количеств крови. Помимо стимулирующего действия на ретикуло-эндотелий, переливание благоприятно тем, что оно подвозит больному организму определенное количество иммунных веществ. Мы при общих септических процессах широко пользуемся переливанием крови, применяя его с самого начала заболевания. Переливание же крови при далеко зашедшем процессе в большинстве случаев приносит мало пользы. Мы переливаем от 150 до 200 кубиков лучше всего однокрупной крови, повторяя трансфузию несколько раз с определенными промежутками. Целесообразно переливать кровь вакцинированного донора. Выращивают чистую культуру микроба, выделенного из крови больной, и готовят вакцину. Указанной вакциной в течение нескольких дней вакцинируют донора; по окончании вакцинации кровь его переливают.

В следующую группу надо отнести вещества, занимающие переходное положение между веществами, стимулирующими ретикуло-эндотелий, и веществами, действующими по типу *therapia sterilisans magna*. Прежде всего следует упомянуть о препаратах серебра, которые имеют очень широкое распространение при лечении септических больных. Пользуются главным образом, коллоидными растворами серебра — колларголом и электрарголом. Колларгол в 5-проц. растворе вводится в клизмах в количестве 30—35 г; внутримышечные инъекции колларгола очень болезненны и нередко вызывают длительные инфильтраты. В тех случаях общего сепсиса, где приходится прибегать к препаратам серебра, при неимении других его соединений, пользуются внутривенными инъекциями 1—2-проц. раствора колларгола, вводимого в количестве 5—10 кубиков. Для внутривенных инъекций следует пользоваться безупречными химически чистыми, свежими препаратами колларгола, в противном случае могут наступить тяжелые, даже смертельные поражения паренхиматозных органов.

Гораздо лучший эффект оказывает электраргол, который вводится в вену или интрамускулярно в количестве 5—10 см<sup>3</sup>. В последние годы Ермолаев из клиники Малиновского предложил пользоваться для лечения септических

процессов аммиачными солями серебра. На основании ряда исследований, он указывает, что все другие препараты серебра, как колларгол, электраргол остаются в месте их введения и не оказывают общего эффекта. Будучи введены в кровь, эти вещества, по его мнению, оседают в тех или иных органах в виде бесполезного металлического балласта. Аммиачные соли серебра, по его представлению, вступают в активные соединения с клетками организма и с циркулирующими микробами. Вводится 0,025 комплексной аммиачной соли серебра, растворенной в 250 кубиках воды. Раствор готовится *ex tempore* и вводится либо внутривенно (рис. 212), либо внутримышечно, либо в прямую кишку. Ввиду того, что аммиачные соли серебра разлагаются на свету, хранить их и готовить необходимо в темной комнате. Шприц, при помощи которого вводится вещество, должен быть либо покрыт темной тканью, либо замазан какой-либо темной краской.



Рис. 212. Вены локтевого сгиба—1,1—*v. basilica*; 2,2—*v. cephalica*; 3—*v. mediana*.

Применяя широко и электраргол и аммиачные соли серебра, мы все же не можем вполне согласиться с мнением Ермолаева о том, что клинический эффект аммиачных солей серебра превышает эффект электраргола.

В группу веществ, действующих по типу *therapia sterilisans magna*, следует отнести аргофлавин, аргохром, трипафлавин, риваноль, препараты золота, платины; эти вещества оказались менее пригодными для лечения септических процессов, чем перечисленные соли серебра.

Для целей общего обеззараживающего эффекта некоторые применяли сальварсан, сулему, формалин и т. д. Эти вещества также оказались мало пригодными. Сулема, формалин, обладая очень высокими антисептическими свойствами, в то же время, как известно, являются сильными протоплазматическими ядами. Будучи введены в небольшой концентрации, они не влияют на циркулирующие в организме микробы; введение же их в больших концентрациях недопустимо, так как при этом могут произойти непоправимые изменения важных паренхиматических органов.

В последние годы Магидсоном и Рубцовым был предложен специальный препарат — стрептоцид, представляющий собою азокраску. Это вещество применялось нами

при септических послеродовых процессах в количестве 0,25—0,5 по несколько раз в день per os и в вену после разведения в 25—50 см<sup>3</sup> дистиллированной воды. На нашем, правда, небольшом еще материале, стрептоцид не оправдал возлагаемых на него надежд при лечении послеродовых септических заболеваний. Повидимому, при лечении рожи стрептоцид оказывается значительно более эффективным.

К этой же группе следует отнести внутривенные вливания спирта, которые оказывают хороший эффект, главным образом, при пиэмиических заболеваниях. Вливание спирта было у нас предложено профессором Марковым и нашло себе подражание в ряде русских и немецких клиник. Цондек и Грунсфельд применяли внутривенные вливания спирта вместе с глюкозой в виде длительных интравенозных капельных инъекций (2400,0 дистиллированной воды, 120,0 глюкозы и 48,0 чистого спирта). Мы для вливания пользуемся 10-проц. спиртом, растворенным в 5-проц. глюкозе. Вливания производятся повторно с промежутками в несколько дней. При первом вливании мы вводим 200 кубиков упомянутого 10-проц. раствора спирта, при втором вливании—300, при третьем—400 и при четвертом—500 кубиков.

Помимо перечисленных выше лечебных мероприятий, при местных и ограниченных послеродовых процессах применяется и местное лечение. Хирургическое лечение, заключающееся в опорожнении экссудатов, имеет место при гнойном параметрите и периметрите. При общем перитоните показано вскрытие брюшной полости и ее дренирование.

Ознакомившись с диагностическими методами и лечебными мероприятиями, применяющимися при послеродовых септических заболеваниях, будет уместно несколько остановиться в отдельности на каждом из этих заболеваний.

Послеродовые язвы — *ulcera puerperalia* — никакого затруднения для своего распознавания не представляют. Простым осмотром обнаруживают налеты сероватого или желтоватого цвета на наружных половых органах и на промежности. Налеты на влагалище и на шейке матки определяются при осмотре зеркалами. Указанные налеты образуются вследствие того, что на образовавшихся ранениях поселилось значительное количество микробов. Указанные язвы чаще всего вызываются стрептококком, кишечной палочкой, стафилококком и, в исключительных случаях, дифтерийной палочкой; в последнем случае края налета распространяются за пределы раневой поверхности. Окончательный диагноз дифтерийного налета может быть поставлен только после посева. Послеродовые язвы сопровождаются более или менее высокой температурой,

длящейся, обычно, несколько дней. Язвы под влиянием терапии обычно исчезают в течение 5—7 дней, и процесс ликвидируется. В других, редких случаях процесс, местный вначале, в дальнейшем распространяется и может генерализоваться.

Местное лечение язв заключается в антисептических перевязках. Удалять налеты механическим путем — соскабливанием, стиранием — недопустимо, ибо это способствует более глубокому внедрению инфекции. Мы смачиваем язвы перекисью водорода, удаляя ватой избыток этой жидкости; после этого на язвы накладывается на 10—15 мин. марля, смоченная 5-или 10-проц. раствором ляписа. Лечение пuerперальных язв фильтратом культур по Безредка оказалось менее успешным, чем лечение перекисью и ляписом. Помимо местного лечения, мы, как правило, применяем и некоторые из перечисленных выше мероприятий, оказывающих общий эффект. В легких случаях, при невысокой температуре при хорошем самочувствии больной, при сравнительно медленном пульсе хорошего наполнения мы ограничиваемся назначением колларговых клизм, ауто- или изогемотерапии. В тех же случаях, когда есть указания на тяжелую инфекцию, когда общее самочувствие больных страдает, когда температура достигает высоких цифр, пульс значительно ускоряется, мы сразу же производим переливание крови от 150 до 200 см<sup>3</sup>. Если процесс не имеет тенденции к локализации, мы эти случаи ведем так же, как и случаи генерализованной инфекции, о чем будет изложено несколько дальше.

Эндометрит также в большинстве своем не представляет затруднений для диагноза. Матка в этих случаях, плохо сокращаясь, оказывается увеличенной. Пальпация ее, обычно, болезненна; в тех случаях, когда инфекция имеет тенденцию распространиться за пределы матки, болезненным оказывается не только тело матки, но и ее ребра. Консистенция матки тестоватая, выделения принимают бурый, грязноватый характер и издают иногда, при присоединении гнилостных микробов, неприятный запах. В дальнейшем, особенно при стрептококковых эндометритах, выделения делаются жидкими, гнойными. В легких случаях температура повышается до средних цифр; в тяжелых же случаях наблюдается очень высокая температура и частый пульс. Подскоки температуры до больших цифр при эндометрите могут быть вызваны задержкой в полости матки выделений, называемой прежде лохиометрой. Под влиянием указанной ниже терапии матка быстро опорожняется и температура снижается. Эндометрит, который, собственно, представляет собой местную послеродовую инфекцию на поверхности матки, также может быть началом общего генерализованного процесса.

Местное лечение заключается в назначении согревающих компрессов на низ живота, назначении хинина—0,3 З раза в день и в назначении спринцеваний — при отсутствии налетов на нижележащих отделах половых органов. Спринцевание следует проводить под невысоким давлением, помещая кружку не выше трети метра над кроватью, приподнимая одновременно головной конец ее. Спринцевание, которое должно быть обильным — в 10—12 стаканов — производится трижды в день; температура спринцевания—40—45°. Целесообразнее всего спринцевать слабым раствором марганцево-кислого калия, который оказывает и дезодорирующий эффект. Спринцевание можно назначать с 5—6-го дня. Некоторые клиники широко применяют обильные „постоянные орошения“ при помощи Морозовского наконечника. И спринцевания и орошения допустимы только в тех случаях, когда инфекция не вышла за пределы матки, когда своды и придатки свободны. Помимо указанных лечебных мероприятий, мы в легких случаях добавляем 2-кратное назначение в день колларговых клизм и ауто-или изогемотерапию. Тяжелые случаи ведем, как генерализованные процессы, начиная с переливания крови.

Метротромбофлебит — тромбоз маточных вен. При бимануальном исследовании в этих случаях в корне широкой связки, чаще с одной, реже с двух сторон, определяется уплотнение толщиной от тонкого карандаша до пальца. Эти утолщения плотны на ощупь и болезненны. Наличие метротромбофлебита указывает на распространение инфекции за пределы матки и должно лечиться как общее заболевание. Местно в этих случаях почти ничего не применяем, если не считать 2-кратных колларговых клизм в день. Понятно, что при наличии метротромбофлебита больной должен быть предписан абсолютный покой.

Параметрит — воспаление тазовой клетчатки — определяется, обычно, не ранее второй недели. В этих случаях сбоку от матки при бимануальном исследовании в начале процесса определяется отечность, пастозность. В дальнейшем, вследствие выпадения фибрина, вместо пастозности, определяется эксудат плотной консистенции, отодвигающий матку в сторону, сливающийся с одной стороны с ребром матки, с другой стороны—со стенкой таза (рис. 213). Обычно эксудат бывает односторонним, в очень редких случаях поражаются оба параметрия; еще реже поражаются клетчатка, лежащая впереди матки, — получается так называемый передний параметрит. Иногда параметрит достигает значительной величины и определяется через брюшные стенки, над пупартовой связкой. Если эксудат, проникая высоко, вовлекает в процесс и *m-lus psoas*, нога соответствующей стороны прини-

мает характерное положение: она согнута в коленном и тазобедренном суставах и приведена к животу.

При наличии плотного эксудата назначается тепло на живот в виде согревающих компрессов даже в острой стадии процесса. В тех случаях, когда назначение тепла вызывает



Рис. 213. Параметрический эксудат.

боли, мы вынуждены перейти на холод. Одновременно назначаются либо физиологические, либо капельные клизмы. Для повышения и ускорения действия рассасывающих свойств мы применяем ауто- и изогемотерапию или впрыскивание молока по приведенной выше схеме.

При нагноении эксудата наиболее целесообразным является его хирургическое опорожнение. В этих случаях определяют пальпаторно размягченный участок, надрезают над ним кожу несколько выше пупартовой связки, вскрывают гнойник и дренируют его резиновым дренажем. Ввиду того, что при параметрите нередко встречаются гнездовые гнойники, в дальнейшем приходится расширять отверстие для того, чтобы дать сток глубже расположенному гнойному скоплению.

Наступившее нагноение, помимо усиления болезненности, характеризуется интермитирующим типом лихорадки, высоким лейкоцитозом и нейтрофилезом. Иногда параметрический гнойник вскрывается в прямую кишку, в мочевой пузырь; в других случаях гнойник опорожняется через брюшную стенку в области пупартовой связки. В редких случаях гнойник проникает через большое или малое седалищное отверстие и вскрывается в области соответствующей ягодицы. В тех случаях, где при параметрите имеются явления генерализованной инфекции, поступаем так, как было уже указано.

Периметрит — воспаление околосагиттального брюшины — характеризуется наличием эксудата в заднем дугласовом кармане, определяемом через задний свод. Вначале прощупывается пастозность в заднем своде, переходящая в дальнейшем в плотный клиновидный эксудат, выпячивающий задний свод (рис. 214). Задняя стенка влагалища, обычно, неподвижна над эксудатом. Периметрит нередко комбинируется с параметритом.

боли, мы вынуждены перейти на холод. Одновременно назначаются либо физиологические, либо капельные клизмы. Для повышения и ускорения действия рассасывающих свойств мы применяем ауто- и изогемотерапию или впрыскивание молока по приведенной выше схеме.

При нагноении эксудата наиболее целесообразным является его хирургическое

Лечение такое же, как и при параметрите. При нагноении периметрита он опорожняется разрезом через задний свод. Во влагалище вводятся зеркала, задняя губа захватывается пулевыми щипцами, после чего извлекается переднее зеркало, а заднее оттесняется снизу. Благодаря этому хорошо обнажается задний свод. Производится надрез влагалищной стенки или на самом низком пункте эксудата, или, целесообразнее, над тем участком, где обнаруживается размягчение. В образовавшееся отверстие в заднем своде вводят корнцанг или палец, разрушают фибринозную капсулу и дают сток гною. После этого вводится резиновый дренаж. Нагноение периметрического эксудата также характеризуется интермитирующей температурой, высоким лейкоцитозом и нейтрофилезом; при пункции заднего свода добывают гной.



Рис. 214. Периметрический эксудат.

Воспаление придатков — двухстороннее при гонорейном процессе, одностороннее при септическом процессе — встречается сравнительно редко в послеродовом периоде. В этих случаях сбоку от матки, обычно, по верхнему ходу широкой связки прощупывается овальная или ретортообразная опухоль тугоэластической или эластической консистенции, не сливающаяся со стенками таза (рис. 215). При нагноении этой воспалительной опухоли она срастается с соседними органами и принимает более плотную консистенцию. Постоянная температура, наблюдающаяся при воспалительных опухолях придатков, превращается в ремитирующую или интермитирующую при наличии нагноительного процесса. В острой стадии назначается покой, тепло в виде компрессов, физиологические капельные клизмы ауто- и изогемотерапия. При



Рис. 215. Односторонняя воспалительная опухоль придатков (вид сзади).

наличии физиотерапевтической аппаратуры можно применять йонтофорез с хлористым кальцием и синий „соллюкс“. При процессе, склонном к генерализации, применяется и общее лечение. При нагноении мешотчатой опухоли придатков, помимо рассасывающей терапии, бывает целесообразным отсосать гной шприцем либо через брюшную стенку, либо через влагалище. Нередко такое отсасывание гноя способствует затиханию, локализации процесса. Опорожнить гнойник при помощи разреза нецелесообразно, ибо при этом остается капсула гнойника, которая будет поддерживать очень длительное нагноение и непрекращающееся отделение гноя через образованное отверстие. В тех, к счастью, редких случаях, когда, несмотря на все принятые мероприятия, гнойники не рассасываются, положение больной ухудшается, приходится решиться на удаление придатков брюшно-стеночным путем или на опорожнение их через кольпотомию.

Общий перитонит диагностируется на основании известных признаков: сухость языка, учащение пульса, наличие рвоты, грудной тип дыхания, резкое напряжение брюшного пресса, отсутствие перистальтики, задержка стула и газов, положительный симптом Блюмберга и Менделя. Лейкоцитоз, в случае общего перитонита, достигает очень высоких цифр.

Единственное целесообразное лечение заключается в возможно раннем вскрытии брюшной полости.

Брюшная полость вскрывается срединным разрезом на протяжении 3—4 см. В образовавшееся отверстие вводится искривленный корнцанг, который проводится под брюшной стенкой в сторону и натягивает боковые отделы ее. Над выпяченным в этом месте корнцангом делается контрапертура: конец корнцанга выводится через эту контрапертуру наружу и захватывает марлевый или, лучше, резиновый дренаж, который вводится в брюшную полость (рис. 216). Обычно производят две контрапертуры — справа и слева. В заключение вводится также резиновый дренаж и через срединный разрез. Больной придается положение с приподнятым туловищем и назначается общее лечение, как при генерализованной инфекции.

Тромбофлебит, обычно, бывает односторонним; иногда он поражает обе нижние конечности. Тромбофлебит узнается по опуханию конечности и появляющейся болезненности с внутренней стороны бедра в области прохождения крупных сосудов. Для тромбофлебита характерно ступенеобразное повышение пульсовой кривой при нормальной или субфебрильной температуре.

При тромбофлебите больной предписывается полный по-



кой; пораженной ноге придается несколько приподнятое положение. При наличии болей в ноге назначается хлороформная мазь такого состава: chloroformii, ol. hyoscyami ana. Этой мазью смазывается больная конечность и обвязывается теплой материей. Помимо этого, больной назначаются collar-головые клизмы и клизмы из 10-проц. спирта в смеси с растительным маслом по 50—100 г и внутримышечные инъекции электраргола или аммиачных солей серебра. К сожалению, все интравензные манипуляции при тромбофлебитах противопоказаны. В других случаях тромб нагнаивается и служит источником генерализированной пиэмиической инфекции.

Температурная кривая при пиэмии представляется довольно характерной; наблюдаются постоянные падения температуры до нормы и ниже и постоянные подскоки до высоких цифр. Эти падения и подъемы температуры лишены какой бы то ни было закономерности. Иногда наблюдается апирексия, длительностью в несколько дней;

иногда же температура несколько раз в течение одного и того же дня падает и поднимается. Обычно подъемы температуры предшествует более или менее значительный, во многих случаях, потрясающий озноб; падение температуры, обычно, сопровождается проливным потом. Ознобы и подъемы температуры вызываются тем, что время от времени от нагноившегося тромба отрываются кусочки и вместе с микробами поступают в общий круг кровообращения. Благодаря бактерицидным элементам крови, микробы распадаются и, выделяя эндотоксины, вызывают озноб и подъем температуры. При посевах, производимых в начале озноба, удается выявить характер микроба, вызвавшего данное заболевание. Чаще всего, как указывалось, это стрептококк.



Рис. 216. Вскрытие брюшной полости при общем перитоните.

Иногда имеется один пиэмический очаг; во многих же случаях поступающие в кровь микробы оседают в разнообразных органах человеческого организма, давая пиэмические очаги, как уже указывалось, в легких, почках, околушной железе и т. д. Пиэмический процесс возникает либо сразу, либо развивается в дальнейшем из местного или ограниченного процесса: метротромбофлебита, тромбофлебита подвздошных вен, параметрита, пиосальпинкса и т. д. Процесс может тянуться от 2 недель до 3 и больше месяцев; смертность составляет около 60%.

Лечение, как уже указывалось, прежде всего заключается в общем уходе и хорошем питании больных. Из медикаментозных средств мы в этих случаях применяем только 3 манипуляции: переливание крови, введение солей серебра и интравенозное введение спирта. Лечение начинаем с переливания крови, вводя впервые 150 или 200 кубиков. Через 3 дня производится внутривенная инъекция  $200 \text{ см}^3$  10-проц. раствора спирта на 5-проц. глюкозе. По истечении следующих 3 суток вводим интравенозно соли серебра: электраргол в количестве 5—10 кубиков или аммиачные соли серебра. Для этой цели растворяют 0,025 комплексной аммиачной соли серебра на 250 кубиков дистиллированной воды и половину этого количества вводят в вену. За отсутствием электраргола и аммиачных солей серебра можно вводить в вену 5 или 10 кубиков 1—2-проц. раствора химически чистого, свежесприготовленного колларгола. В промежутках между внутривенными инъекциями мы назначаем внутримышечную инъекцию 50—100 г аммиачного серебра в указанном разведении или 5 кубиков электраргола. Внутримышечных инъекций колларгола мы не производим, так как после этого наблюдаются упорные инфильтраты. Указанный цикл через 3 дня после интравенозного введения солей серебра повторяем снова: сначала переливание 100—150 кубиков, затем через 2—3 дня внутривенная инъекция 300 кубиков спирта и затем указанное количество серебра. Эти циклы могут быть повторены несколько раз на всем протяжении процесса. Контролируя каждые 5 дней состояние белой и красной крови, мы вынуждены иногда несколько варьировать указанную схему. При появлении резкой анемии повторное переливание крови можно производить и раньше, чем это полагается по нашей схеме. При наличии лейкопении целесообразно впрыскивать под кожу в область верхней, передней подвздошной ости 0,5 скипидара в смеси с  $2 \text{ см}^3$  какого-нибудь очищенного растительного масла. Благодаря этому получается фиксационный асептический абсцесс, сопровождающийся повышением лейкоцитоза. Для возмещения жидкости вводится ежедневно глюкоза (5-проц. раствор)

либо под кожу, либо в виде капельных или физиологических клизм.

Перевязка вен при пиэмии не оправдала возлагающихся на нее надежд. Перевязка подвздошных вен с одной или даже с обеих сторон не дает гарантии в том, что тромбы не будут после этого попадать в общий круг кровообращения, так как возможна их локализация и в коллатералях и в венах, не связанных с *vena iliaca*. Да и само хирургическое вмешательство далеко не безразлично для истощенного общей инфекцией организма.

Септицемия характеризуется постоянным типом температуры и постоянным обнаруживанием микробов в крови. Лечится по такому же типу, как и пиэмия. В случае септицемии можно внутривенные вливания спирта не применять или применять реже. Внутривенное вливание спирта оказалось наиболее целесообразным при лечении пиэмии, при которой оно снижает смертность почти в 2 раза. Септицемия протекает значительно быстрее, чем пиэмия, и в большинстве случаев приводит к гибели не позже 3-й недели.

Септикопиэмия характеризуется постоянным типом температурной кривой, на фоне которого имеются периодические, незакономерные подскоки и ознобы. Они обусловлены тем, что, наряду с постоянным присутствием микробов в крови, в организме имеются еще гнойные очаги или распадающиеся тромбы, элементы которых поступают время от времени в общий круг кровообращения. Лечение такое же, как и при пиэмии.

Из редко встречающихся форм сепсиса я остановлюсь на двух.

Сепсис, описанный Френкелем — Вельхом, вызывается анаэробными палочками. После родов этот вид заболевания наблюдается редко; чаще мы имеем с ним дело после криминальных абортот. Характерной триадой являются:

1. Кровавая, темновинного цвета моча, представляющая иногда сплошной детрит.

2. Жидкая, иногда цвета мясных помоев кровь, темнокрасная сыворотка крови, вследствие распада эритроцитов.

3. Желтушная, бронзовая иногда окраска склер и кожи, сменяющаяся в далеко зашедших случаях цианозом, сначала в некоторых участках лица и затем и на туловище и конечностях. Температура при этом заболевании может быть даже нормальной или мало повышенной. Пульс до последнего момента может мало меняться. Вследствие образования газов вызвавшими это заболевание микробами, матка представляется увеличенной, хрустящей при пальпации. Иногда пузырьки газов наполняют не только полость матки, но и обнаруживаются

в самой толще маточной стенки. Выделения — грязные, нередко вонючие, с примесью пузырьков газа. И в выделениях и при посеве крови обнаруживаются граммположительные палочки, растущие при анаэробных условиях. Единственным способом спасти жизнь женщины, заболевшей этой формой сепсиса, является удаление матки, лучше через влагалище в первые день-два болезни. В противном случае наблюдается 100-проц. смертность.

Колибациллярная инфекция, протекающая по типу обычной септицемии, отличается от нее наличием болей во всем теле и внизу живота, упорными поносами, появлением herpes'a. Лечится, как и другие формы общего заражения.

### **Поздние кровотечения в послеродовом периоде.**

Кровотечения в послеродовом периоде могут зависеть от недостаточной инволюции матки и от нарушения регенерации слизистой оболочки вследствие ее инфицирования. Указанные кровотечения редко достигают значительных размеров.

Более обильными могут быть кровотечения, появляющиеся вследствие недостаточного тромбирования сосудов плацентарной площадки. Эти кровотечения обычно связаны с вставанием родильницы и возникают вследствие отторжения тромбов сосудов плацентарной площадки.

В других случаях поздние послеродовые кровотечения возникают из-за остатков в матке плацентарной ткани. Сокращение матки не в состоянии вызвать полное отделение плацентарной дольки, более или менее плотно соединившейся с маточной стенкой; при ее частичной отслойке вскрываются сосуды и возникает кровотечение.

Вхождение рукой в матку после 3-го дня пuerпериума, а тем более пальцевое или инструментальное отделение остатков плаценты недопустимо; при этом нарушается грануляционный вал, образующийся вокруг оставшейся плацентарной дольки, вскрываются лимфатические и кровеносные сосуды, представляющие входные ворота для микробов, наводняющих полость матки в пuerпериуме. Нам неоднократно приходилось наблюдать случаи тяжелого сепсиса, развитие которого связано с манипуляциями в матке в послеродовом периоде.

Лечение поздних послеродовых кровотечений заключается в постельном содержании больных и в назначении спорыньи и хинина и питуитрина.

При значительном кровотечении и при подозрении на остаток плацентарной ткани можно помимо назначения хинина затампонировать на 6—12 час. нижний отдел матки; благодаря этому могут появиться сокращения матки, способствующие отхождению оставшейся ткани. Целесообразно назначить гиперемизирующие процедуры на грудные железы (компресс, грелку, диатермию, красный „соллюкс“), способствующие сокращениям матки. На пальцевое или инструментальное отделение плацентарной ткани можно, при продолжающемся кровотечении, решиться не раньше 10—12-го дня пуэрперизма и то лишь при отсутствии явлений инфекции (высокая температура, большой лейкоцитоз, гнойные выделения). К 10-му дню вирулентные микробы обычно исчезают из полости матки, и манипулирование в ней менее опасно.

В редких случаях кровотечение в пуэрпериуме возникает из разрыва шейки, незамеченного сразу после родов. Поэтому при появлении кровотечения через несколько дней после родов при хорошо сократившейся матке необходимо тщательно осмотреть зеркалами шейку. Обнаруженный разрыв должен быть зашит шелковыми швами; при невозможности наложить их приходится туго затампонировать влагалище. Наложенные швы иногда прорезываются, и кровотечение возобновляется, достигая иногда больших размеров. Повторные кровотечения в пуэрпериуме из разрыва шейки могут явиться показанием к удалению матки, которое в состоянии еще спасти обескровленную женщину.

## ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.

### Аборт

- » искусственный
- » подпольный
- » самопроизвольный
- » прогрессирующий
- » полный
- » трубный

### Аменоррея

- Амниачные соли серебра
- Анаэробные микробы
- Анаэробный сепсис
- Аорткомпрессор
- Аргофлавин
- Аргохрим
- Атонические кровотечения
- Атония
- Аутогемотерапия

### Белладонна

- Бинт Вербова
- Брюшная беременность
- Брюшностеночно-маточная фистула по Зельгейму
- Бурные схватки
- Быстрое родоразрешение

### Вакцинация беременных

- Вальтеровское положение
- Варикозные узлы
- Влагалищные души
- Внематочная беременность
  - » прогрессирующая
  - » свежо нарушившаяся
  - » давно нарушенная
  - » доношенная

### Внутривенные вливания спирта

### Внутриматочные вспрыскивания

иода

### Воспаление придатков

### Выкидыш

- » привычный
- » самопроизвольный
- » угрожающий
- » начинающийся
- » полный
- » шеечный

### Выкидыш неполный

- » продолжающийся
- » септический

### Выпадение пуповины

- » ножки
- » ручки

### Выскабливание матки

### Гальваническая возбудимость

мышц

### Гемостеотомия

### Гематомы вульвы и влагалища

### Гестозы

### Гонококк

### Гоноррея

### Грипп

### Haematocoele retrouterina

### » peritubaria

### Haematosalpinx

### Двойни

### Дерматозы

### Диабетическая кома

### Диагональная конъюгата

### Дифтерийная палочка

### Диета Прохownikа

### Disidua в трубе

### » отделение ее

### Defundutio uteri

### Жгут Момбурга

### Задержка последа

### Заматочная кровяная опухоль

### » инфицированная

### Зашивание разрыва матки

### Инсульт при внематочной беременности

### Интралигаментарная гематома

### Инфантилизм

### Истерия

### Капиллярскопия

### Катетеризация мочеточников

### Кесарское сечение

- Кесарское классическое  
 „ надлобковое  
 „ по Брендо  
 „ по Дерфлеру  
 „ по Порро  
 „ по Фонио  
 „ по Зельгейму  
 „ по Порту  
 „ внебрюшинное  
 „ влагалищное
- Кисты желтого тела  
 Кишечная палочка  
 Колибациллярная инфекция  
 Колларгол  
 Кольпейринтер  
 Кольпотомия задняя  
 Комбинированный поворот  
 Корнугин  
 Кровоизлияние в мозг  
 Кровотечения послеродовые  
 Кровяной занос  
 Куллен-Геллендаля Соловьева  
 симптом
- Лейкопозитические вещества  
 Лейкоцитоз  
 Лицевое предлежание  
 Лобное предлежание  
 Лохиометра  
 Lithopaedion
- Малярия  
 Марсупиализация  
 Массаж матки  
 Менингит  
 Метастазы при хорионэпителиоме  
 Метод Строганова  
 Метрейринтер  
 Метротромбофлебит  
 Миома  
 Многоводие  
 Многоплодие  
 Многоплодная беременность  
 Моча беременных  
 Мясной занос  
 Missed abortion  
 „ labor
- Наружный поворот  
 Насечки шейки матки  
 Неукротимая рвота  
 Нефрит  
 Низведение ножки
- Обвитие пуповины  
 Обезболивание при аборте  
 Операция Порро  
 „ Фонио
- Опиаты  
 Опорожнение матки  
 Опухоли яичника  
 Органотропность микробов  
 Острая желтая атрофия печени  
 Остроконечный живот  
 Отвислый живот  
 Отравления
- Параметрит  
 Перевязка вен  
 Перегиб матки кпереди  
 Передне-головное предлежание  
 Переливание крови  
 Перешеек матки  
 Периметрит  
 Перинеотомия  
 Перитонит  
 Пернициозная анемия  
 Перфорация матки  
 Пискачака симптом  
 Питутрин  
 Пиэлит  
 Пиэмия  
 Плацентарный полип  
 Плевистое прикрепление пуповины  
 Пневмококк  
 Пневмония  
 Повреждения плода при узком тазе  
 Поздние послеродовые крово-  
 течения  
 Полипы  
 Поперечные положения плода  
 Пороки развития матки  
 Пороки сердца  
 Посев крови  
 Послеродовые заболевания  
 Послеродовые язвы  
 Постоянные орошения  
 Предлежания детского места  
 Предлежания пуповины  
 Преждевременная отслойка дет-  
 ского места  
 Прием Альфельда  
 Прием Гофмейера  
 Прием Мюллера  
 Прижатие аорты  
 Приращение плаценты  
 Промывание лоханок  
 Промывание полости матки  
 Протеиновая терапия  
 Профилактический поворот  
 Психозы  
 Пузырный занос  
 Пункция заднего свода  
 pl. praevia  
 „ cervicalis

- Рак шейки матки  
 Разрывы влагалища и промежности  
 Разрывы матки  
 Разрывы мягких родовых путей  
 Разрыв пузыря  
 Разрыв трубы  
 Разрывы шейки матки  
 Расширение вен  
 Расщепленный таз  
 Реакция оседания  
 Реакция Филлиппа-Руге  
 Реакция Фридмана  
 Реакция Цондек-Ашгейма  
 Резекция мыса  
 Риванол  
 Рукав Окничида  
 Ручное отделение остатков яйца  
 Ручное отделение плаценты
- Сальварсан  
 Самозаражение  
 Самоизворот  
 Самоповорот  
 Сапремия  
 Секакорний  
 Септикопиемия  
 Септидемия  
 Сервокислая магнезия  
 Симптом Пастернацкого  
 Симфизиотомия  
 Сифилис  
 Скарлатина  
 Слабость сокращений матки и брюшного пресса  
 Слюнотечение  
 Спорынья  
 Способ Абуладзе  
 Способ Дельма  
 Способ Креде  
 Способ Кристеллера  
 Способ Мажон-Габастона  
 Способ Хенкеля  
 Стафилококк  
 Степень загрязнения влагалищной флоры  
 Стрептококк  
 Стрептоцид  
 Сужения влагалища  
 Сужение наружного зева
- Таз новорожденных  
 Тампонада матки  
 Тампонада при pl. praevia  
 Тифы  
 Токсикозы беременности  
 Триптафлавин  
 Тромбофлебит  
 Туберкулез  
 Tumpania uteri
- Удаление беременной трубы  
 Удаление матки  
 Узкие тазы
- |   |   |                         |
|---|---|-------------------------|
| " | " | равномерно-общесуженные |
| " | " | лежащий таз             |
| " | " | плоские                 |
| " | " | кососуженные            |
| " | " | робертровский           |
| " | " | спондилолистетический   |
| " | " | воронкообразные         |
| " | " | остеомалятический       |
- Уремия
- Фиксационный абсцесс  
 Фиксация подлежащей головки  
 Фильтрат культур по Безредка  
 Фистула  
 Fistula cervico-laqueatica
- Хинин  
 Хорионэпителиома
- Центральный разрыв промежности  
 Цистит
- Щитовидная железа
- Эклампсизм  
 Эклампсия  
 Электраргол  
 Эндометрит  
 Эпизиотомия  
 Эпилепсия  
 Эрготин  
 Эрозии
- Яичниковая беременность



## ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
От автора . . . . .	5
<b>Гл. I. Акушерские кровотечения . . . . .</b>	<b>7</b>
Кровотечения, встречающиеся в первой половине беременности . . . . .	—
Аборт . . . . .	—
Пузырный занос . . . . .	26
Хорионэпителиома . . . . .	30
Внематочная беременность . . . . .	32
Образование плодместилища при трубной беременности . . . . .	37
Течение внематочной беременности . . . . .	38
Симптомы и диагностика . . . . .	44
Лечение внематочной беременности . . . . .	56
Кровотечения во второй половине беременности, в первом и во втором периодах родов . . . . .	64
Предлежания детского места . . . . .	—
Кесарское сечение . . . . .	82
Преждевременная отслойка нормально прикрепленного детского места . . . . .	102
Плечистое прикрепление пуповины . . . . .	105
Кровотечения в третьем периоде родов . . . . .	108
Атонические кровотечения после родов . . . . .	125
Лечение острой анемии, вызванной кровотечением . . . . .	133
<b>Гл. II. Узкий таз . . . . .</b>	<b>136</b>
1. Равномерно-общесуженные тазы . . . . .	138
2. Плоскосуженные тазы . . . . .	140
3. Кососуженные тазы . . . . .	143
4. Поперечносуженный „робертовский“ таз . . . . .	145
5. Спондилолистетический таз . . . . .	—
6. Так называемые воронкообразные тазы . . . . .	146
7. Остеомалятический или спавшийся таз . . . . .	149
8. Тазы, измененные вследствие костных наростов и опухолей . . . . .	153
9. Расщепленные тазы . . . . .	—
Профилактика . . . . .	154
Диагностика . . . . .	155
Течение беременности . . . . .	159
Течение родов . . . . .	162
Действия врача во время родов при узком тазе . . . . .	167
<b>Гл. III. Аномалии мягких родовых путей, осложняющие течение родов . . . . .</b>	<b>179</b>
<b>Гл. IV. Аномалии сокращений матки и брюшного пресса . . . . .</b>	<b>183</b>
<b>Гл. V. Роды при неправильных положениях плода . . . . .</b>	<b>191</b>
Поперечные и косые положения . . . . .	—
Разогнутые предлежания головки . . . . .	204

	Стр.
Гл. VI. Выпадение пуповины . . . . .	211
Выпадение мелких частей . . . . .	213
Гл. VII. Разрывы мягких родовых путей . . . . .	215
Разрывы матки . . . . .	—
Разрывы шейки матки . . . . .	233
Разрывы влагалища и промежности . . . . .	234
Гематомы вульвы и влагалища . . . . .	243
Гл. VIII. Многоплодная беременность . . . . .	244
Гл. IX. Общие заболевания женского организма, появившиеся до или во время беременности.	258
Заболевания сердца . . . . .	—
Заболевания сосудистой системы . . . . .	263
Заболевания крови . . . . .	264
Заболевания мочевой системы . . . . .	266
Цистит . . . . .	—
Пиелит . . . . .	267
Нефриты . . . . .	270
Туберкулез легких . . . . .	271
Сифилис и беременность . . . . .	275
Гл. X. Токсикозы беременности . . . . .	278
Эклампсия . . . . .	—
Острая желтая атрофия печени . . . . .	319
Неукротимая рвота беременных . . . . .	320
Гл. XI. Послеродовые заболевания . . . . .	323
Пуерперальная инфекция . . . . .	—
Симптомы послеродовых заболеваний . . . . .	336
Поздние кровотечения в послеродовом периоде . . . . .	360
Предметный указатель . . . . .	362